SGB V

SGB V Handbuch

Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung

mit Begründungen durch folgende Änderungen

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
Gesetz zur Verbesserung der Information zum Schwangerschaftsabbruch
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)
Betriebsrentenstärkungsgesetz
Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw.
Gesetz ... epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten
Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)
Gesetz ... Schutz ionisierende Strahlung
Gesetz ... Richtlinie (EU) 2016/1148 ...
GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)
Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)
GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

KKF

Der Fachverlag für Sozialversicherung, Altötting

23. Auflage

Bestellen Sie direkt beim Herausgeber und Verlag:
KKF-Verlag, Martin-Moser-Straße 23, 84503 Altötting,
Telefon 08671 5065-10, Telefax 5065-35, E-Mail: mail@kkf-verlag.de
www.SGV-V-Handbuch.de

Bestell-Nr. 1660 · ISBN-Nr. 978-3-87245-105-7

Stand: Mai 2019

Gesamtherstellung: Gebr. Geiselberger GmbH, Druck und Verlag, 84503 Altötting

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Verlages.

Dieses Buch ist auch auf CD-ROM erhältlich – Bestell-Nr. 1665 – ISBN-Nr. 978-3-87245-106-4
und als Kombi-Paket – Bestell-Nr. 1661 – (Bestell-Nr. 1660 **und** 1665) – ISBN-Nr. 978-3-87245-107-1

Bestellen Sie dieses Handbuch auch auf CD-ROM – Bestell-Nr. 1665

Die Vorteile:

- **Volltext-Recherche**
- **Tipp: Über die Funktion Lesezeichen – geordnet nach Kapiteln – können Sie sich gezielt und schnell zu den einzelnen Paragrafen klicken.**

oder als Kombi Paket – Bestell-Nr. 1661 (Handbuch **und** CD-ROM)

Lizenzbestimmungen (siehe Website):
Der Erwerb einer CD erlaubt die Nutzung für **einen** Kunden an **einem** Arbeitsplatz. Jegliche Vervielfältigung und Weitergabe an Dritte ist ausdrücklich untersagt. Wir bieten auch Lizenzen für mehrere Arbeitsplätze an. Bitte kontaktieren Sie uns telefonisch oder per E-Mail.

Bestellung unter www.SGB-V-Handbuch.de

Lieferbar sind zur **Pflegeversicherung – 2019:**
Bestell-Nr. 1990 **Pflege VG-Handbuch mit Begründungen**, 13. Auflage
Bestell-Nr. 1998 Pflege VG-Handbuch auf CD-ROM
Bestell-Nr. 1991 PflegeVG Kombi-Paket (Bestell-Nr. 1990 **und** 1998)
Internet: www.Pflege-VG-Handbuch.de

Vorbemerkungen

Mit der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 wurden auch die Weichen in der Gesundheits- und Sozialpolitik neu gestellt. Erst am 7. Februar 2018 kam es im Rahmen einer (erneuten) großen Koalition (CDU/CSU/SPD) zum Abschluss eines Koalitionsvertrages. Mitte März nahm die neue Regierung ihre Arbeit auf. Umgesetzt wurden vordringliche Vorhaben wie z. B. Verbesserungen in der Rentenversicherung und deren Stabilisierung, die Stärkung des Pflegepersonals sowie die Entlastung der gesetzlich Versicherten. Einen Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet insbesondere das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung", das mit dem Regierungsentwurf vom 7. Dezember 2018 gestartet wurde. Dadurch verzögerte sich diese Auflage. Der Inhalt im Einzelnen:

In der **22. Auflage** – Stand Mai 2017 – dieses seit 30 Jahren bewährten KKF-Handbuches sind die Begründungen – jeweils zum Gesetzentwurf und zu den Änderungen insbesondere durch den 14. Ausschuss (Ausschuss für Gesundheit) – zu folgenden Gesetzen wiedergegeben:

- Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) – Artikel 2 vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) – Inkrafttreten 1. Januar 2017
- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) – Artikel 6 vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze („eHealth") – Artikel 1 und 1a vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408)
- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) – Artikel 4 vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) – Inkrafttreten 1. Januar 2017
- Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen – Artikel 3 vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254)
- Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsstärkungsgesetz (AWStG) – Artikel 2a vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1710)
- Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters – Artikel 2 vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233)
- Sechstes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-Änderungsgesetz – 6. SGB IV-ÄndG) – Artikel 3 vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500)
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) – Artikel 5 vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986)
- Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) – Artikel 13 vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191)
- Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265)
- Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften – Artikel 4 vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403)
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778)
- Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)

Die **23. Auflage** schließt unmittelbar an diese 22. Auflage an.

Wegen der grundlegenden Bedeutung sind – auch mit Blick auf die längerfristige Umsetzung – folgende Begründungen in der **23. Auflage** enthalten:

– Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)
– Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778)
– Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265)

Umfangreiche allgemeine Begründungen, das Inkrafttreten und die nicht das Sozialgesetzbuch V betreffenden Artikel zu diesen Gesetzen sowie zu den Gesetzen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften, PsychVVG und zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen können der 22. Auflage entnommen werden.

Seit dem Erscheinen der 22. Auflage – Mai 2017 – sind weitere Gesetze beschlossen worden, die das Sozialgesetzbuch V betreffen:

1. Artikel 6 **Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)** vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) – Inkrafttreten 1. Januar 2018 (§ 5 Absatz 8a und § 264 Absatz 2 am 1. Januar 2020).

Die Änderungen betreffen § 2 Absatz 2, § 5 Absatz 1 Nummer 7 und Absatz 8a, § 9 Absatz 2 Nummer 4, § 11 Absatz 1 Nummer 5, § 13 Absatz 3 und 3a, § 23 Absatz 5, § 40 Absatz 2 und 3, § 43 Absatz 1, § 43a Absatz 1, § 49 Absatz 4, § 60 Absatz 5, § 137d Absatz 1 und 2, § 251 Absatz 2, § 264 Absatz 2, § 275 Absatz 1, § 284 Absatz 1 Nummer 17 – Anmerkung: Im SGB V-Handbuch (22. Auflage) jeweils als Fußnote vermerkt.

2. Artikel 161 **Gesetz zum Abbau verzichtbarer Anordnungen der Schriftform im Verwaltungsrecht des Bundes** vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) – Inkrafttreten 5. April 2017

Die Änderungen („elektronisch“) wurden in der 22. Auflage bei §§ 25a Absatz 4 Satz 5, 63 Absatz 3a Satz 3, 91 Absatz 9 Satz 1, 95d Absatz 6 Satz 3, 110 Absatz 2 Satz 3 und 5 bereits berücksichtigt.

3. Artikel 5 und 7 **Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts** vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), Inkrafttreten: §§ 10 Absatz 1 Satz 4, 24i Absatz 1, 2 und 3 am 1. Januar 2018, § 24i Absatz 3 Satz 1 am 30. Mai 2017

Durch Artikel 5 dieses Gesetzes wurden die §§ 10 Absatz 1 Satz 4 und 24i Absatz 1, 2 und 3 an die Neufassung des Mutterschutzgesetzes angepasst. Vorgezogen wurde durch Artikel 7 mit Wirkung ab 30. Mai 2017 die Verlängerung der Zahlung des Mutterschaftsgeldes auf zwölf Wochen, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung festgestellt und eine Verlängerung der Schutzfrist beantragt wird.

Mit ausführlichen Begründungen waren folgende Änderungen wiedergegeben in einer Beilage zu diesem Handbuch, die CD-ROM-Fassung wurde aktualisiert. Diese Änderungen mit Begründungen (ohne lfd. Nummer 8) sind in der 23. Auflage dokumentiert. Im Einzelnen:

4. Artikel 4 **Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/1148 … zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union** vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1885); Inkrafttreten am 30. Juni 2017

Die gematik als Betreiber der Telematikinfrastruktur sowie verschiedene Betreiber von Diensten unterliegen umfassenden technischen und verfahrensmäßigen Vorgaben entsprechend Artikel 14 Absatz 1 bis 3 der NIS-Richtlinie. Mit dem neuen § 291b Absatz 8 kann das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Unterlagen/Informationen anfordern und gegebenenfalls verbindliche Anweisungen zur Abhilfe von Mängeln erteilen. Mit dem neuen § 307 Absatz 1a bis 1c werden die Bußgeldvorschriften entsprechend für Sanktionen bei Verstößen gegen § 291b Absatz 6 und Absatz 8 erweitert; Absatz 4 regelt die zuständige Verwaltungsbehörde.

5. Artikel 30 **Gesetz zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung** vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966); Inkrafttreten am 31. Dezember 2018

Der neu eingefügte § 25 Absatz 4a verpflichtet den G-BA, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen, wenn das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit [jetzt: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit] in einer Rechtsverordnung nach dem Strahlenschutzgesetz die Zulässigkeit einer Früherkennungsuntersuchung feststellt.

6. Artikel 3 **Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)** vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581); Inkrafttreten am 1. Januar 2020

§ 63 Absatz 3b und 3c werden einerseits an die künftigen Berufsbezeichnungen angepasst, andererseits werden die Krankenkassen und ihre Verbände verpflichtet, bis Ende 2020 entsprechende Modellvorhaben zu vereinbaren bzw. durchzuführen.

7. Artikel 8a und 8b **Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten** vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615); Inkrafttreten am 25. Juli 2017

Nach dem neu eingefügten § 137i legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem PKV-Verband Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen bis spätestens 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest. Diese Personalmindeststandards dienen einerseits der verbesserten Pflegequalität, andererseits sind sie eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals. Die Neufassung von § 291d Absatz 1 sowie das Anfügen von Absatz 1a und 1b verfolgen das Ziel, die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Patientendaten voranzubringen (systemneutrale Archivierung und Übertragung bei Systemwechsel). Anmerkung: Im Anhang ist ein Auszug aus der Drucksache 18/12604 wiedergegeben.

8. Artikel 11 Absatz 43 **Gesetz zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 … vom 23. Juli 2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG (eIDAS-Durchführungsgesetz)** vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745); Inkrafttreten am 29. Juli 2017

In § 291f Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „nach dem Signaturgesetz“ gestrichen. Mit dem Wegfall des Signaturgesetzes gilt unmittelbar die eIDAS-Verordnung.

9. Artikel 8 **Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften** vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757); Inkrafttreten am 29. Juli 2017; § 188 Absatz 4 Satz 4 ff. am 1. Januar 2018. Anmerkung: Im Anhang ist ein Auszug aus der Drucksache 18/12587 wiedergegeben.

Die Frist zur Überprüfung der Krebsregisterpauschale wird von 2017 auf 2019 verlängert (§ 65c Absatz 4 Satz 7). Geändert wurde die Zusammensetzung des Bundesschiedsamtes (vgl. § 40 Absatz 2 Satz 4). Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 87 Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 sowie nach § 94 Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung (vgl. §§ 87 Absatz 7, 94 Absatz 3). § 136c Absatz 2 ergänzt den Auftrag des G-BA, zusammen mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auch Bewertungen von unzureichenden Qualitätsergebnissen zu ermöglichen. Nach § 137 Absatz 3 Satz 1 kann der G-BA bei seinen Vorgaben für Qualitätskontrollen durch den MDK auch Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten vorsehen; § 275a Absatz 2 Satz 2 gilt nicht (vgl. § 275a Absatz 2 Satz 5).

Nach dem neuen § 293 Absatz 7 führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der in Krankenhäusern/Ambulanzen tätigen Ärzte. Bis dieses Verzeichnis zur Verfügung steht, gilt eine alternative Kennzeichnung (vgl. § 39 Absatz 1a Satz 6).

Krankenkassen führen die obligatorische Anschlussversicherung bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei ausländischen Saisonarbeitnehmern nur noch unter bestimmten Voraussetzungen durch (§ 188 Absatz 4 Satz 4 bis 7). Sie können künftig im Rahmen von Eigeneinrichtungen im Einzelfall nach Genehmigung der Aufsichtsbehörde auch Darlehen aufnehmen (§ 220 Absatz 1 Satz 3).

Schließlich werden noch Verweisfehler korrigiert (§§ 35 Absatz 1b und 7, 127 Absatz 1 und 4a, 302 Absatz 1).

10. Artikel 4 **Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)** vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214); Inkrafttreten am 1. Januar 2018

Nach dem neuen Halbsatz in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 Einkommensteuergesetzes bei den beitragspflichtigen Einnahmen außer Betracht.

11. **Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)** vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387); Inkrafttreten am 1. Januar 2019. Abweichendes ist bei den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4454) werden die wesentlichen Änderungen wie folgt begründet: Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden. Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollen sich nach Ende ihrer Dienstzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 beschlossen (vgl. Drucksache 19/5112 vom 17. Oktober 2018). Diese betreffen insbesondere Detailregelungen zur paritätischen Beitragsfinanzierung hinsichtlich der Verbeitragung ausländischer Renten, zur Beitragsberechnung in der Gleitzone nach § 20 SGB IV, Detailregelungen zum Inkrafttreten des Verbots der Anhebung von Zusatzbeiträgen bei Überschreiten der zulässigen Obergrenzen für Finanzreserven, Klarstellungen zur Bereinigung aufzuhebender Mitgliedschaften aus der obligatorischen Anschlussversicherung mit Regelung zum Inkrafttreten am 1. Januar 2019 sowie zur Möglichkeit der Aktienanlage für Altersrückstellungen. Darüber hinaus wurden Regelungen beschlossen, die für den Zugang von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung relevant sind, insbesondere Detailregelungen zum Beitrittsrecht ab dem 1. Januar 2019, zum nahtlosen Übergang aus der truppenärztlichen Versorgung, zum Beitragszuschuss für die soziale Pflegeversicherung, zur Pflegeversicherung für Familienangehörige, der Beitragsentrichtung für Eignungsübende sowie eine Übergangsregelung für ehemalige Zeitsoldaten, die seit dem 15. März 2012 aus dem Dienst ausgeschieden sind. Weitere Änderungsanträge betreffen die Angleichung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf die der sonstigen freiwillig Versicherten, die Beitragspflicht beim Krankengeld für hauptberuflich Selbständige, die Mindestbeiträge zahlen, die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes eine Versicherungspflicht aus anderem Grund bestand sowie die Abgrenzung von privaten und betrieblichen Altersvorsorgeleistungen entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

12. Artikel 7 **Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)** vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394); Inkrafttreten am 1. Januar 2019, Abweichendes ist bei den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4453) werden die wesentlichen Änderungen wie folgt begründet:

Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem
– jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,
– Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,
– zukünftig die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
– Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,
– die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden,
– gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,
– der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem
– vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,
– Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,
– Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,
– das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt vereinfacht wird.
– die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht werden.

Darüber hinaus soll der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen (vgl. Drucksache 19/5593 vom 7. November 2018). Diese betreffen insbesondere:

- Aus dem Pflegezuschlag werden rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte 2020 überführt. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag in nicht zu vernachlässigendem Umfang nicht zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt haben und diese Mittel nicht in das Pflegebudget übergehen.
- Zusätzlich erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags zudem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten ab dem Jahr 2020 jährlich insgesamt rd. 50 Mio. Euro, um damit eine bessere Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen. Je Krankenhaus wird ein Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr gezahlt.
- Die aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden präzisiert als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Pflege am Bett) entstehen. Damit wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche durch eine dynamischere Leistungsentwicklung ansonsten eintreten könnten.
- Die Möglichkeit zur finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets wird erweitert auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen,

die fortgesetzt werden. Zugleich können die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu 3 Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden.

- Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Mögliche Budgetminderungen für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung des Pflegebudgets werden deshalb in den ersten beiden Jahren begrenzt und zwar im Jahr 2020 auf 2 Prozent und im Jahr 2021 auf 4 Prozent.
- Die Selbstverwaltungspartner werden mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragt, für die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Datenkonzept zur Übermittlung der erforderlichen Daten entwickelt. Zudem werden Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten festgelegt und die Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen näher bestimmt. Für den Pflegepersonalquotienten wird die Bezeichnung Pflegedienst dahingehend präzisiert, dass nur der Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erfasst wird. Außerdem wird die Sanktionierung für den Fall des Unterschreitens der festgelegten Untergrenze geregelt.
- Die Anreize für die Krankenhausträger und die Länder, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, werden durch Anhebung der Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden kann, deutlich erhöht.
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen werden auch insoweit gefördert, als Hochschulkliniken daran beteiligt sind.
- Vorhaben zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe, schwerwiegende Erkrankungen werden aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur gefördert, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Kliniken an einer Hochschulklinik konzentriert werden.
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erhält die gesetzliche Grundlage für Klarstellungen und Änderungen zu den medizinischen Klassifikationen (OPS und ICD). Damit wird vermieden, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten, die z. B. durch BSG-Urteile entstehen (zur Schlaganfallversorgung), eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen wird.
- Die vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen wird auf zwei Jahre verkürzt, um die durch Rückforderungsbegehren der Krankenkassen hervorgerufene Rechtsunsicherheit abzumildern. Für die Ansprüche der Krankenkassen auf Rückforderung von gezahlten Vergütungen gilt dies rückwirkend.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren. Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden und Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragene Datenstelle mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben des Datensatzes nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes beauftragt.
- Die Regelung zur Betreuung Pflegebedürftiger während einer stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen wird praktikabler gefasst, indem die Verantwortungsbereiche von Kranken- und Pflegekasse neu abgegrenzt werden.
- In der Regelung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird klargestellt, dass aufwändigere Wegezeiten stets mit einem angemessenen Zuschlag zu vergüten sind. Diese Regelung wird entsprechend in der Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Zum anderen wird geregelt, dass die Zahlung tariflicher Arbeitsentgelte in der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich zurückgewiesen werden kann. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll insofern keine Anwendung mehr finden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigungsfiktion für Fahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in die Praxis des Facharztes oder Zahnarztes wird auf alle Fahrten

zur ambulanten Behandlung ausgeweitet. Damit sind auch Fahrten zu Hausärzten und Heilmittelerbringern einbezogen. So werden u.a. Abgrenzungsprobleme vermieden, da Hausärzte auch fachärztliche Leistungen erbringen.

- Auf die im Gesetzesentwurf vorgesehene Anwendung der Genehmigungsfiktion auch bei den Versicherten, deren Beeinträchtigung mit derjenigen der Versicherten vergleichbar ist, die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind oder einen Schwerbehindertenausweis vorlegen können, wird verzichtet. Der Begriff der Vergleichbarkeit ist für den verordnenden Arzt zu unbestimmt. Bei diesen Versicherten sollen die Kassen auch weiterhin eine Einzelfallprüfung vornehmen können, ob der Anspruch auf Kostenübernahme besteht.
- Ist bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen eine Begleitung des Patienten erforderlich, kann diese Begleitperson künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden, wenn eine Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist.
- Die Sanktionsregelung zum Versichertenstammdatendienst in der vertragsärztlichen Versorgung in § 291 SGB V wird dahingehend angepasst, dass von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 1. Juli 2019 abgesehen wird, sofern die Anschaffung der erforderlichen Ausstattung vor dem 1. April 2019 vertraglich vereinbart wird.
- Im Bereich der Pflegeversicherung werden bei den zusätzlichen GKV-finanzierten Stellen in der vollstationären Pflege verschiedene Klarstellungen ergänzend aufgenommen: Möglichkeit der Aufstockung von Teilzeitstellen neben Neueinstellungen, Präzisierungen zum Verfahren bis zum Vorliegen der näheren Bestimmungen durch den GKV-Spitzenverband sowie Aufnahme der zwingenden Voraussetzung bei der ausnahmsweise jetzt nach vier Monaten möglichen Finanzierung von Pflegehelfern, dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Damit wird das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen, weiter unterstützt.
- Um die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu erhöhen, werden verschiedene Maßnahmen zur Vereinfachung der Förderung und Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege eingeführt.
- Das gemäß zweitem Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich entwickelte neue stationäre Qualitätssystem wird verbindlich eingeführt: ab dem 1. Oktober 2019 beginnen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Erhebung und Übermittlung von Versorgungsdaten, ab dem 1. November 2019 werden die Qualitätsprüfungen nach dem neuen System durchgeführt. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, den Prüfrhythmus bei guter Ergebnisqualität zu verlängern. Um einen besseren Ablauf der Qualitätsprüfungen zu ermöglichen, werden diese zukünftig auch im stationären Bereich angekündigt. Voraussetzung ist die ordnungsgemäße Teilnahme an der Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die Einrichtung. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten zur Unterstützung der Umstellung im Jahr 2019 eine finanzielle Förderung.
- Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auf ein Zulassungsmodell mit einheitlichen Rahmenverträgen auf Bundesebene umgestellt. SAPV-Teams, die die Leistungsvoraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen.
- Mit den in Artikel 7 Nummern 18 und 19 und Artikel 13a vorgesehenen Änderungen sowie den diesbezüglichen Regelungen zum Inkrafttreten in Artikel 14 wird die Übergangsregelung des § 324 SGB V, die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, um ein Jahr verlängert. Damit wird ausgeschlossen, dass es aufgrund der Kündigungsfristen in einer privaten Krankenversicherung zu einer Doppelbelastung der Betroffenen mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt.
- Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden Daten über einreisende Personen erheben und an die Gesundheitsbehörden übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben, weil diese wegen ihrer Herkunft oder Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

13. Artikel 6 Absatz 2 **Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz)** vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016); Inkrafttreten am 1. Juli 2019.

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 1. Oktober 2018 (Drucksache 19/4668) werden die Änderungen (§§ 47 Absatz 1 Satz 8, 226 Absatz 4 und 249 Absatz 3 Satz 1 SGB V) wie folgt begründet:

...

5. Entlastung von Geringverdienerinnen und Geringverdienern

Personen, die in der bisher vom Gesetz so bezeichneten Gleitzone 450,01 Euro bis 850 Euro monatliches Arbeitsentgelt erzielen, werden schon nach geltendem Recht bei den Arbeitnehmerbeiträgen zur Sozialversicherung entlastet. Die Gleitzone wurde zum 1. April 2003 eingeführt, um den Übergang von der beitragsfreien geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) zur vollen Beitragspflicht zu glätten. Diese ursprüngliche Zielsetzung hat durch die seit 2013 grundsätzlich geltende Rentenversicherungspflicht für die genannten geringfügig Beschäftigten etwas an Bedeutung verloren. Gleichzeitig rückt zunehmend der auch von OECD, IWF und EU verfolgte Gedanke in den Vordergrund, Geringverdienerinnen und Geringverdiener bei den Sozialversicherungsbeiträgen zu entlasten (siehe zum Beispiel Europäische Kommission, Empfehlungen des Rates zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2018 mit einer Stellungnahme des Rates zum Stabilitätsprogramm Deutschland 2018, COM [2018] 405 vom 22. Mai 2018, Seite 9). Dazu soll die Gleitzone unter Beibehaltung des bisherigen Entlastungsmechanismus ausgeweitet werden. Der „Übergangsbereich“ zwischen geringfügiger Beschäftigung und dem Einsetzen der vollen Beitragslast auf Arbeitnehmerseite erfasst künftig monatliche Entgelte bis einschließlich 1.300 Euro. Da der Arbeitgeberanteil unverändert bleibt, entsteht arbeitgeberseitig kein Anreiz, Vollzeitstellen in Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse aufzuteilen. Die tatsächliche Entwicklung wird weiterhin zu beobachten sein.

Die Neuausrichtung der Gleitzone, die sich auch in einer veränderten Begrifflichkeit zeigt, wird dadurch vervollständigt, dass die verringerten Rentenbeiträge künftig nicht mehr zu geringeren Rentenleistungen führen.

...

Das ursprünglich für den 1. Januar 2019 vorgesehene Inkrafttreten wurde auf Vorschlag der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände wegen der Anpassungen in der EDV auf den 1. Juli 2019 verschoben (vgl. Drucksache 19/5586 zu Artikel 7 Absatz 2a).

14. Artikel 3 **Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch** vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 350); Inkrafttreten am 29. März 2019

Die Altersgrenze für Versicherte, die Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben, wird vom vollendeten 20. auf das 22. Lebensjahr heraufgesetzt (§ 24 Absatz 2 Satz 1).

15. Artikel 1 und 2 **Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)** vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646); Inkrafttreten am 11. Mai 2019, Abweichendes ist bei den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf (Drucksache 19/6337 vom 7. Dezember 2018) zielt es darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

Dadurch werden die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen Versorgungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten erweitert.

Der wesentliche Inhalt des Entwurfs ist im Anhang wiedergegeben. Die Schwerpunkte:
- Sprechstundenangebot (Terminservicestellen, Mindestsprechstunden, Vergütungsanreize)
- Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (regionale Zuschläge, Strukturfonds, Eigeneinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Bedarfsplanung, sektorenübegreifende Konfliktlösung)
- weitere Maßnahmen (zahnärztliche Versorgung, Sozialdatenschutz, SAPV, allgemeines Leistungsrecht, Verbänderecht/Aufsicht, Mitgliedschafts- und Beitragsrecht, Arzneimittelversorgung, Krebsregister, Pflegeversicherung, Telematik, Medizinprodukte, psychotherapeutische Versorgung)

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen (vgl. Drucksache 19/8351 vom 13. März 2019): Dies betrifft die Vermittlung von Arztterminen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch zeitnahe Kinder-Vorsorgeuntersuchungen und Krankenhausbehandlung in Akutfällen umfasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach einheitlichen Standards und mit digitalen Angeboten, informieren über barrierefreie Arztpraxen und können mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Auf Landesebene kann vertraglich vereinbart werden, die Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes mit zusätzlichen Mitteln zu fördern. Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bei eingetretener, aber nicht bereits bei drohender Unterversorgung verpflichtend. Der Wahltarif zur hausarztzentrierten Versorgung wird um Beitragsanreize für die Versicherten erweitert. Darüber hinaus wurden Änderungen zu den Vergütungsanreizen für die Behandlung neuer oder durch die Terminservicestellen vermittelter Patientinnen und Patienten, zur Begrenzung und Entlastung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie zur Festlegung einheitlicher ambulanter Kodiervorgaben beschlossen. Zudem wurden Änderungen zur Bedarfsplanung, unter anderem der Verzicht auf die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachrichtungen, konkretisierende Regelungen zur Festlegung von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen innerhalb einzelner Arztgruppen, zu Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und der Beteiligung der Länder im Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Landesausschüssen, zu den Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren, zur Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe im Nachbesetzungsverfahren, Folgeregelungen zur Dreiviertelzulassung und zur Genehmigung einer Zweigpraxis vorgenommen. Weitere Änderungen betreffen die Erhöhung der Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich. Schließlich wurden Anpassungen der Regelungen über die Schiedsämter und die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien beschlossen.
Darüber hinaus wurden Regelungen zur Heilmittelversorgung beschlossen, die insbesondere die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für Heilmittelerbringer, die Einführung von Kollektivvertragsverhandlungen auf Bundesebene, die bundesweite Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen, die Aufhebung der Begrenzung von Vergütungssteigerungen durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Einführung der Blanko-Verordnung in die Regelversorgung umfassen. Beschlossen wurden zudem Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, insbesondere die Abschaffung von Hilfsmittelausschreibungen, die Verpflichtung der Krankenkassen zu Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und den Anspruch auf Sicherheitsinstrumente zum Schutz vor Nadelstichverletzungen. Weitere Änderungen betreffen die zahnärztliche Versorgung, insbesondere das frühere Inkrafttreten der mit dem Gesetzentwurf erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz, die ausnahmsweise Geltung der Bonusregelung trotz Versäumens der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung und die Anpassung der Mehrkostenregelung für kieferorthopädische Leistungen. Weitere Änderungen betreffen den Bereich eHealth, insbesondere die Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik mit dem Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter, die Sanktionierung der Krankenkassen im Fall der verspäteten Einführung der elektronischen Patientenakte, Festlegungen zu deren semantischer Interoperabilität und die Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle sowie digitale medizinische Anwendungen im Rahmen von Disease-

Management-Programmen und Detailregelungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Weitere Änderungen betreffen die Hebammenversorgung, namentlich die Einführung eines elektronischen Suchverzeichnisses für die Hebammensuche und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger. Weitere Änderungen betreffen den Anspruch auf Schutzimpfungen und die Vergütungsregeln für Impfstoffe, insbesondere die Erweiterung von Satzungsleistungen der Krankenkassen in diesem Bereich, die Verkürzung der Frist zur Anpassung der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Abschaffung von Rabattverträgen der Krankenkassen, die Beschaffung und die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die Leistungserbringung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Vergütung der pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken für die Abgabe saisonaler Grippeimpfstoffe. Weitere Änderungen betreffen das Entlassmanagement der Krankenhäuser, namentlich die Erweiterung um bestimmte Anschlussversorgungen wie Krankentransporte und Kurzzeitpflege. Außerdem wird die Pauschalförderung für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen angehoben, womit die Basisfinanzierung verbessert wird. Durch weitere Beschlüsse wird das zukünftige Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinfacht. Außerdem wurden zahlreiche weitere Detailregelungen beschlossen, insbesondere zur HIV-Präexpositionsprophylaxe, zum Krankengeld, zur Kostenerstattung für Behandlungen im europäischen Ausland, zum Datenaustausch der Sozialversicherungsträger innerhalb der Europäischen Union, zur Unterstützung der Prüfdienste von Bund und Ländern durch externe Gutachter, zu den Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern, zu den klinischen Krebsregistern, zur Arztinformation über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf den Deutschen Apothekerverband, zum Informationsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, zum Kassenwahlrecht sog. Spätaussiedler, zum Zahlstellenverfahren bei Versorgungsbezügen sowie zur Anpassung der Regelungen für Vorstandsverträge der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Schließlich wurden datenschutzrechtliche Regelungen überarbeitet und bei Gelegenheit zahlreiche erledigte Gesetzesaufträge und Fristvorgaben im SGB V bereinigt.
Die Regelung im Gesetzentwurf zur psychotherapeutischen Versorgung wird im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens nicht umgesetzt, sondern eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt. Die Regelungen im Änderungsantrag Nummer 6 der Ausschussdrucksache 19(14)51.5 zur Entkopplung der Vergütung von ärztlichen Diagnosen in Verträgen werden im Rahmen der geplanten Reform zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter beraten. Die Regelungen im Gesetzentwurf zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurden im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) umgesetzt.

Auch diese 23. Auflage des seit 30 Jahren in der Praxis bewährten SGB V-Handbuches enthält wieder grundlegende gesetzliche Regelungen, auf die mit ihren amtlichen Begründungen noch lange Zeit zurückgegriffen werden wird.

Herausgeber und Verlag sind zuversichtlich, dass dieses Handbuch wieder eine topaktuelle Informationsquelle in kompakter Form bei bester Lesbarkeit sein wird.

Altötting, im Mai 2019 Herausgeber und Verlag

Hinweise zum SGB V-Handbuch

Wiedergegeben sind in folgender Reihenfolge:

– Der Gesetzestext des Sozialgesetzbuches V vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482) in der Fassung des Artikel 1 und 2 des **Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)** vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646); Inkrafttreten am 11. Mai 2019 (Abweichendes ist vermerkt)

In Fettdruck hervorgehoben sind neben den Änderungen auch die Begründungen, die den Paragrafen unmittelbar angefügt sind (Begründungen in Schrägschrift, Anmerkungen und Überleitungen in gerader Schrift) zum Entwurf

– eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 7. Dezember 2018 (Drucksache 19/6337) – Artikel 1 und 2 – und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 13. März 2019 (Drucksache 19/8351) – zitiert als „TSVG“

– eines Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 12. Februar 2019 (Drucksache 19/7693) – Artikel 3 – zitiert als „Gesetz... Schwangerschaftsabbruch“

– eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4453) – Artikel 7 – und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 7. November 2018 (Drucksache 19/5593) – zitiert als „PpSG“

– eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4454) – Artikel 1 und 2 – und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 17. Oktober 2018 (Drucksache 19/5112) – zitiert als „GKV-VEG“

Es folgen in Kursivschrift die Begründungen zum Entwurf/des 14. Ausschusses

– eines Gesetzes zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz) vom 22. Februar 2017 (Drucksache 18/11286) – Artikel 4 – zitiert als „Betriebsrentenstärkungsgesetz“

– eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vom 13. März 2017 (Drucksache 18/11488) – Artikel 8 – und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 31. Mai 2017 (Drucksache 18/12587) – zitiert als „Gesetz Blut-/Gewebezubereitungen usw.“

– des 14. Ausschusses zum Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 31. Mai 2017 (Drucksache 18/12604) – Artikel 8a und 8b – zitiert als „Gesetz … epid. Überwachung übertragbarer Krankheiten“

– eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 9. März 2016 (Drucksache 18/7823) – Artikel 3 – und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 21. Juni 2017 (Drucksache 18/12847) – zitiert als „Pflegeberufereformgesetz“

– eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung vom 20. Februar 2017 (Drucksache 18/11241) – Artikel 30 – zitiert als „Gesetz … Schutz ionisierende Strahlung“

– eines „Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/1148 … zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union“ vom 20. Februar 2017 (Drucksache 18/11242) – Artikel 4 – zitiert als „Gesetz … Richtlinie (EU) 2016/1148“
– eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 7. November 2016 (Drucksache 18/10208) und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 8. März 2017 (Drucksache 18/11449) – zitiert als „AMVSG“
– eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 2. November 2016 (Drucksache 18/10186) und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 15. Februar 2017 (Drucksache 18/11205) – zitiert als „HHVG“
– eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) vom 9. Dezember 2016 (Drucksache 18/10605) und des Ausschusses für Gesundheit – 14. Ausschuss – vom 25. Januar 2017 (Drucksache 18/11009) – zitiert als „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“

Anhang

Im **Anhang** sind wiedergegeben:

– Stichwortverzeichnis zum SGB V – Krankenversicherung
– zum **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**
  • Artikel 3 bis 17 (einschl. Begründungen)
  • allgemeine Begründungen zum Gesetzentwurf und des Ausschusses für Gesundheit
  • Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung
  • die Beschlüsse des Deutschen Bundestages und des Bundesrates
– zum **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**
  • Artikel 1 bis 6 und 8 bis 14 (einschl. Begründungen)
  • allgemeine Begründungen zum Gesetzentwurf und des Ausschusses für Gesundheit
  • Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung
  • die Beschlüsse des Deutschen Bundestages und des Bundesrates
– zum **GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)**
  • Artikel 3 bis 13 (einschl. Begründungen)
  • allgemeine Begründungen zum Gesetzentwurf und des Ausschusses für Gesundheit
  • Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung
  • die Beschlüsse des Deutschen Bundestages und des Bundesrates
– zum **Gesetz Blut-/Gewebezubereitungen usw.**
  • Auszug aus Drucksache 18/12587 des 14. Ausschusses
– zum **Gesetz... epid. Überwachung übertragbarer Krankheiten**
  • Auszug aus Drucksache 18/12604 des 14. Ausschusses

Inhaltsübersicht

Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung

		§§	Seite
Erstes Kapitel	Allgemeine Vorschriften	1 bis 4a	17
Zweites Kapitel	Versicherter Personenkreis		20
Erster Abschnitt	Versicherung kraft Gesetzes	5 bis 8	20
Zweiter Abschnitt	Versicherungsberechtigung	9	28
Dritter Abschnitt	Versicherung der Familienangehörigen	10	31
Drittes Kapitel	Leistungen der Krankenversicherung		35
Erster Abschnitt	Übersicht über die Leistungen	11	35
Zweiter Abschnitt	Gemeinsame Vorschriften	12 bis 19	37
Dritter Abschnitt	Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	20 bis 24i	43
Vierter Abschnitt	Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten	25 bis 26	61
Fünfter Abschnitt	Leistungen bei Krankheit		65
Erster Titel	Krankenbehandlung	27 bis 43c	65
Zweiter Titel	Krankengeld	44 bis 51	109
Dritter Titel	Leistungsbeschränkungen	52 u. 52a	119
Sechster Abschnitt	Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung	53	121
Siebter Abschnitt	Zahnersatz	55 bis 57	123
Achter Abschnitt	Fahrkosten	60	127
Neunter Abschnitt	Zuzahlungen, Belastungsgrenze	61 u. 62	129
Zehnter Abschnitt	Weiterentwicklung der Versorgung	63 bis 68	131
Viertes Kapitel	Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern		145
Erster Abschnitt	Allgemeine Grundsätze	69 bis 71	145
Zweiter Abschnitt	Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten		148
Erster Titel	Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung	72 bis 76	148
Zweiter Titel	Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen	77 bis 81a	170
Dritter Titel	Verträge auf Bundes- und Landesebene	82 bis 87e	193
Vierter Titel	Zahntechnische Leistungen	88	222
Fünfter Titel	Schiedswesen	89 u. 89a	223
Sechster Titel	Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss	90 bis 94	231
Siebter Titel	Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung	95 bis 98	247
Achter Titel	Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung	99 bis 105	264
Neunter Titel	Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung	106 bis 106d	281
Dritter Abschnitt	Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen	107 bis 114	290
Vierter Abschnitt	Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten	115 bis 122	299
Fünfter Abschnitt	Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln	124 bis 125b	318
Sechster Abschnitt	Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln	126 bis 128	328
Siebter Abschnitt	Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern	129 bis 131	340
Achter Abschnitt	Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	132 bis 134a	360
Neunter Abschnitt	Sicherung der Qualität der Leistungserbringung	135 bis 139d	374
Zehnter Abschnitt	Eigeneinrichtungen der Krankenkassen	140	422
Elfter Abschnitt	Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern	140a	423
Zwölfter Abschnitt	Beziehungen zu Leistungserbringern europäischer Staaten	140e	425

		§§	Seite
Dreizehnter Abschnitt	Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten	140f bis 140h	426
Fünftes Kapitel	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	142	430
Sechstes Kapitel	Organisation der Krankenkassen		431
Erster Abschnitt	Arten der Krankenkassen		431
Erster Titel	Ortskrankenkassen	143 bis 146a	431
Zweiter Titel	Betriebskrankenkassen	147 bis 156	432
Dritter Titel	Innungskrankenkassen	157 bis 164	436
Vierter Titel	(weggefallen)		438
Fünfter Titel	Landwirtschaftliche Krankenkasse	166	439
Sechster Titel	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	167	439
Siebter Titel	Ersatzkassen	168 bis 171	439
Achter Titel	Kassenartenübergreifende Regelungen	171a bis 172a	440
Zweiter Abschnitt	Wahlrechte der Mitglieder	173 bis 175	446
Dritter Abschnitt	Mitgliedschaft und Verfassung		450
Erster Titel	Mitgliedschaft	186 bis 193	450
Zweiter Titel	Satzung, Organe	194 bis 197b	456
Vierter Abschnitt	Meldungen	198 bis 206	461
Siebtes Kapitel	Verbände der Krankenkassen	207 bis 219d	465
Achtes Kapitel	Finanzierung		485
Erster Abschnitt	Beiträge		485
Erster Titel	Aufbringung der Mittel	220 bis 225	485
Zweiter Titel	Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder	226 bis 240	489
Dritter Titel	Beitragssätze, Zusatzbeitrag	241 bis 248	502
Vierter Titel	Tragung der Beiträge	249 bis 251	505
Fünfter Titel	Zahlung der Beiträge	252 bis 256a	509
Zweiter Abschnitt	Beitragszuschüsse	257 u. 258	513
Dritter Abschnitt	Verwendung und Verwaltung der Mittel	259 bis 264	516
Vierter Abschnitt	Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	265 bis 273	521
Fünfter Abschnitt	Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände	274	537
Neuntes Kapitel	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung		540
Erster Abschnitt	Aufgaben	275 bis 277	540
Zweiter Abschnitt	Organisation	278 bis 283	547
Zehntes Kapitel	Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz		554
Erster Abschnitt	Informationsgrundlagen		554
Erster Titel	Grundsätze der Datenverwendung	284 bis 287	554
Zweiter Titel	Informationsgrundlagen der Krankenkassen	288 bis 293	558
Zweiter Abschnitt	Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz		591
Erster Titel	Übermittlung von Leistungsdaten	294 bis 303	591
Zweiter Titel	Datentransparenz	303a bis 303e	611
Dritter Abschnitt	Datenlöschung, Auskunftspflicht	304 bis 305b	615
Elftes Kapitel	Straf- und Bußgeldvorschriften	306 bis 307b	619
Zwölftes Kapitel	Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands	309 bis 311	621
Dreizehntes Kapitel	Weitere Übergangsvorschriften	314 bis 326	623

Sozialgesetzbuch (SGB)

Fünftes Buch (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

ERSTES KAPITEL

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Solidarität und Eigenverantwortung

[1] Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. [2] Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. [3] Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. [4] Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 2

Leistungen

(1) [1] Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. [2] Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. [3] Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) [1] Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. [2] Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. [3] Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) [1] Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. [2] Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. [3] Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) [1] Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. [2] Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 2a

Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.

§ 2b

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

§ 3

Solidarische Finanzierung

[1] Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. [2] Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. 3 Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 4

Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(2) Die Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen,

Betriebskrankenkassen,

Innungskrankenkassen,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte,

die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See),

Ersatzkassen.

(3) [1] Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen. [2] Krankenkassen können die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von anderen Krankenkassen verlangen; § 12 Absatz 1 bis 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gilt entsprechend.

(4) [1] Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. [2] Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr

2010 nicht erhöhen. [3] Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. [4] Abweichend von Satz 2 sind

1. Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen sowie
2. Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf der Durchführung der Sozialversicherungswahlen beruhen, es sei denn, dass das Wahlverfahren nach § 46 Absatz 2 des Vierten Buches durchgeführt wird,

zu berücksichtigen. [5] In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen, soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. [6] Die Sätze 2 und 3, Satz 4 Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

(6) – aufgehoben

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 6* – aufgehoben**
Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift, die eine Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bei nicht rechtzeitiger Ausgabe der elektronische Gesundheitskarte (eGK) für die Jahre 2012 und 2013 vorsah.

§ 4a

Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens gemäß den §§ 266, 267 und 269 durch Landesrecht sind ausgeschlossen.

ZWEITES KAPITEL

Versicherter Personenkreis

Erster Abschnitt

Versicherung kraft Gesetzes

§ 5

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische

Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben,

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) [1] Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. [2] Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. [3] Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. [4] **Eine Anrechnung erfolgt nicht für**

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder

2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) [1] Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. [2] Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. [3] Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) [1] Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. [2] Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) [1] Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. [2] Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. [3] Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. [4] Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) [1] Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. [2] Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) [1] Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. [2] Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) [1] Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. [2] Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. [3] Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in **§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung** genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

*(8a) [1] Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. [2] Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. [3] Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. [4] Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

* Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 werden in Satz 2 die Wörter „nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches“ durch die Wörter „nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches“ ersetzt. (vgl. Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe b und Artikel 26 Absatz 4 BTHG)

(9) [1] Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. [2] Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. [3] Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. [4] Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. [5] Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. [6] Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. [7] Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) [1] Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. [2] Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. [3] Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 4

Die Änderung gewährleistet, dass die Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die für die Versicherungspflicht der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfolgt, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde. In diesen Fällen kann eine entsprechende Erziehungsleistung, die sich auf den Versicherungsstatus der Eltern ausgewirkt hat, ausgeschlossen werden.

Demnach ist in diesen Fällen eine pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten nach § 5 Absatz 2 Satz 3 auf die für die Versicherungspflicht der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht sachgerecht.

Zu Absatz 8 Satz 3
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Der Bezug knüpft künftig an das bisherige Recht an.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Nummer 2
Mit der gesetzlichen Änderung wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld zwischen dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem Bezug von Arbeitslosengeld geschlossen, die in bestimmten Fallkonstellationen auftritt, wenn im Anschluss an ein Beschäftigungsverhältnis der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches – SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht und während des ersten Monats dieser Ruhenszeit Arbeitsunfähigkeit eintritt. Mit dem Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht wird erreicht, dass künftig grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Diese Versicherungspflicht beginnt frühestens mit dem Tag, an dem Arbeitslosengeld allein aufgrund des Ruhens wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung nicht bezogen wird und somit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen sowie der Antrag auf Arbeitslosengeld vorliegen.
Die Rechtsänderung führt zu keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit.
Die Aufzählung des Unterhaltsgeldes als vormalige Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung ist durch die Überführung zum 1. Januar 2005 in das Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB III) entbehrlich.
Zu Absatz 2 Satz 3
Personen mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente haben Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR), wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums (Vorversicherungszeit) selbst Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder familienversichert waren.
Dies kann zur Folge haben, dass wegen der Betreuung von Kindern diese Vorversicherungszeit nicht erfüllt wird, weil der betreuende Elternteil in dieser Zeit nicht gesetzlich krankenversichert war. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Ehe- oder Lebenspartner des betreuenden Elternteils nicht Mitglied der GKV ist, weil er/sie z. B. Beamter/Beamtin ist und damit über seinen/ihren Beihilfeanspruch und eine ergänzende private Krankenversicherung abgesichert ist und deshalb eine beitragsfreie Familienversicherung für den betreuenden Elternteil ausgeschlossen ist. Es besteht für den betreuenden Elternteil bei vorheriger Versicherung in der GKV dann nur die Möglichkeit, die Versicherung in der GKV im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft fortzusetzen und darüber auch anrechenbare Zeiten für die KVdR zu erhalten. Für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV sind eigene Beiträge zu entrichten. Dies kann Mütter oder Väter benachteiligen, die ihre Beschäftigung für die Kindererziehung zeitweise unterbrechen und nicht die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung haben.
Mit der gesetzlichen Regelung werden pauschal drei Jahre für jedes Kind auf die Vorversicherungszeit der KVdR angerechnet. Kinder im Sinne der Vorschrift sind leibliche Kinder und ihnen gleichgestellte Adoptivkinder (§ 1754 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Eine Anrechnung erfolgt auch bei Stiefkindern sowie bei Pflegekindern im Sinne von § 56 Absatz 2 Nummer 2 SGB I. Zur Vermeidung von Mehrfachbegünstigungen ist die Anrechnung auf die direkt nachfolgende Generation von Kindern begrenzt.

§ 6

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,

2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,

3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) [1] Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. [2] Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) [1] Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. [2] Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. [3] Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. [4] Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) [1] Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. [2] Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. [3] Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) – weggefallen

(6) [1] Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. [2] Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. [3] Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. [4] Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) [1] Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Ange-

stellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. [2] Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) – aufgehoben

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 8* – aufgehoben**
In Absatz 8 hat der Gesetzgeber für das Jahr 2004 die der Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legenden Ausgangswerte festgelegt, so wie sie der Sozialversicherungsrechengrößenverordnung für das Jahr 2004 zugrunde gelegt wurden. Die Regelung kann zur Rechtsbereinigung gestrichen werden.

§ 7

Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) [1] Wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz,
3. nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz.

[2] § 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung nur erfolgt, wenn diese Versicherungspflicht begründet.

(2) [1] Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. [2] Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. [3] § 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. [4] Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

(3) – aufgehoben

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 3* – aufgehoben**
Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung des § 7 Absatz 3 wegen Zeitablaufs aufgehoben.

§ 8

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) [1] Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,

1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,

2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,

3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes werden angerechnet,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 bis 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

[2] **Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.**

(2) [1] Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. [2] Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. [3] Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. [4] Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) [1] Personen, die am 31. Dezember 2014 von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 2a befreit waren, bleiben auch für die Dauer der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung befreit. [2] Bei Anwendung des Absatzes 1 Nummer 3 steht der Freistellung nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung gleich.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-VEG das Anfügen von Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung ab 15. Dezember 2018 wie folgt:

Die Änderung sieht vor, dass ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Das Bundessozialgericht hat mit seinem Urteil vom 27. April 2016 (B 12 KR 24/14 R) die bis dahin gängige Rechtsauslegung enger gefasst und ein Befreiungsrecht nach § 8 Absatz 1 Nummer 4 bei einem unmittelbar zuvor bestehenden anderen Versicherungspflichttatbestand verneint. Dementsprechend können sich beispielsweise Rentner bzw. Rentenantragsteller, die von ihrem Ehepartner oder Lebenspartner (z. B. Berufssoldat, Beamter) einen Beihilfeanspruch ableiten und diesen in Kombination mit einer privaten Restkostenversicherung nutzen möchten, nicht mehr von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner befreien lassen, wenn sie unmittelbar vor Rentenantrag versicherungspflichtig beschäftigt waren. Diese Rechtsauslegung lässt teilweise jahrzehntelang finanzierte Anwartschaftsversicherungen für eine private Restkostenversicherung ins Leere laufen. Betroffen sind darüber hinaus auch Studenten, die über einen Elternteil beihilfeberechtigt sind, und sich nur deswegen nicht von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen können, weil sie z. B. unmittelbar zuvor am (versicherungspflichtigen) Bundesfreiwilligendienst teilgenommen haben.

Die mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einhergehende generelle Einschränkung des Rechts auf Befreiung von der Versicherungspflicht erscheint somit unverhältnismäßig, so dass mit der Änderung die bis zum Jahr 2016 praktizierte Anwendung des Befreiungsrechts gesetzlich klargestellt wird. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass in den Fällen des § 8 Absatz 1 Satz 1 eine grundsätzliche Entscheidung für das System der privaten Krankenversicherung möglich ist.

Zweiter Abschnitt

Versicherungsberechtigung

§ 9

Freiwillige Versicherung

(1) [1] Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. **– aufgehoben**
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren**,**
8. **Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.**

[2] Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 151 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation**,**
6. **im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 8 nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit.**

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine

Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1
***Zu Satz 1 Nummer 6* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Übergangsregelung, die Rentnern, die aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in der Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtig wurden, die Wahl der freiwilligen Versicherung erlaubte.
***Zu Nummer 7 und Nummer 8* – Anmerkung: Änderung entfallen durch den 14. Ausschuss**
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Die Änderung sieht vor, dass der zur Rechtsbereinigung aufzuhebende § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 nicht wie bisher vorgesehen durch § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 ersetzt wird, sondern frei bleibt. Dies dient der technischen Anpassung an die durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) (GKV-VEG) geänderte und ab dem 1. Januar 2019 geltende Rechtslage.

Begründung zum GKV-VEG:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 8
Mit dem Ziel, eine bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen, gewährleistet die Regelung allen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit das Recht, sich nach dem Ausscheiden aus dem Dienst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können. Das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung lässt die bisherigen Möglichkeiten des Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit unberührt. Nach bisherigem Recht können sich Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach ihrem Ausscheiden aus dem Dienst nur unter bestimmten Voraussetzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Eine Versicherungspflicht entsteht zumeist dann, wenn ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Bei Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist jedoch eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a regelmäßig ausgeschlossen. Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und vor der Dienstzeit zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden jedoch auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (sogenannte nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13). Liegen die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor, ist ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang grundsätzlich nur dann möglich, wenn sie bereits während ihrer Dienstzeit eine freiwillige Mitgliedschaft in Form der Anwartschaftsversicherung nach § 240 Absatz 4b geführt haben.
Das neue Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt der besonderen Situation von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit Rechnung. Um den Bedarf an militärischem Personal flexibler gestalten zu können, wurden mit dem Gesetz zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 15. März 2012 die bis dahin geltenden Höchstverpflichtungszeiten auf 25 Jahre angehoben sowie das Einstiegsalter grundsätzlich nicht mehr beschränkt. Infolgedessen ist bereits jetzt und mit steigender Tendenz in der Zukunft damit zu rechnen, dass Soldatinnen und Soldaten auf Zeit bei Dienstzeitende ein höheres Alter haben und insofern der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erschwert sein könnte.
Vor diesem Hintergrund sichert das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung allen ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitliches Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist gleichzeitig gewährleistet, dass Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sich nach Ende ihrer Dienstzeit grundsätzlich auch für eine private Krankenversicherung entscheiden können, zu der sie gegebenenfalls während ihrer Dienstzeit Anwartschaften finanziert haben.
Zu Absatz 2 Nummer 6
Der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach dem Aus-

scheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit anzuzeigen. Mit dem Ausscheiden aus dem Dienst endet der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung und die aus dem Dienst ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unterliegen nunmehr grundsätzlich der in Deutschland geltenden Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall. Eine Entscheidung über den Krankenversicherungsschutz muss demnach zeitnah getroffen werden, sodass die regelmäßige Anzeigefrist von drei Monaten für das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wie folgt:

Das neue Beitrittsrecht für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit kann innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst ausgeübt werden (vgl. Absatz 2 Nummer 6). Bei einem Inkrafttreten des neuen Beitrittsrechts zum 1. Januar 2019 würden nach der bisherigen Fassung auch ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, deren Dienstzeit bereits im Oktober 2018 endete, zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt. Für diese Personen würde jedoch aufgrund der in Artikel 11 Nummer 3 (§ 106 des Soldatenversorgungsgesetzes) vorgesehenen Übergangsregelung für die Ablösung des bisherigen Beihilfeanspruchs durch den Anspruch auf Beitragszuschuss nach Artikel 11 Nummer 2 (§ 11b des Soldatenversorgungsgesetzes) auch noch die bisherige Rechtslage gelten. Die vorliegende Änderung bewirkt, dass die neue Versicherungsberechtigung ehemaliger Soldatinnen und Soldaten auf Zeit mit der Ersetzung des bisherigen Beihilfeanspruchs durch einen Beitragszuschuss zeitlich gleichgeschaltet wird und gewährleistet somit einen einheitlichen Übergang in die neue Rechtslage.

Dritter Abschnitt

Versicherung der Familienangehörigen

§ 10

Familienversicherung

(1) [1] Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; **bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;** bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

[2] Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. [3] Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als **Menschen mit Behinderungen** (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind **innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.**

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein

Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) [1] Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält **oder in seinen Haushalt aufgenommen hat**, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). [2] Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. [3] Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) [1] Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 5

Die Neuregelung sieht vor, dass auch einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Entlassungsentschädigungen bei der Einkommensgrenze für die Familienversicherung zu berücksichtigen sind.

Die beitragsfreie Familienversicherung setzt die Schutzbedürftigkeit der erfassten Familienangehörigen voraus. Eine solche Schutzbedürftigkeit liegt grundsätzlich nicht vor, wenn eine eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen besteht. Übersteigt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen die Einkommensgrenze nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, ist eine Entlastung der Familie im Wege einer beitragsfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht geboten und dem betroffenen Familienangehörigen vielmehr eine eigene Beitragszahlung zuzumuten.

Das für die Bestimmung der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Familienangehörigen maßgebliche Gesamteinkommen ist gemäß § 16 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) nach den Vorschriften des Einkommensteuerrechts zu bestimmen. Zu den steuerpflichtigen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit zählen auch Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses gezahlt wurden. Dementsprechend ist eine vom Arbeitgeber in monatlichen Raten gezahlte steuerpflichtige Abfindung dem Gesamteinkommen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zuzurechnen (so auch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. Januar 2006 – B 12 KR 2/05 R). Hingegen steht eine einmalige Abfindung wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses der Familienversicherung für die Zeit nach Erhalt dieser Abfindung nicht entgegen, entschied das Bundessozialgericht (Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Oktober 2007 – B 5b/8 KN 1/06 KR R). Grund hierfür ist jedoch nicht die Einnahmeart, sondern die nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 vorausgesetzte monatliche Zahlungsweise der Entlassungsentschädigung. Die Berücksichtigung einer solchen Leistung für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen hängt insofern nach der bisherigen Rechtslage von der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Familienangehörigen und seinem vorherigen Arbeitgeber ab. Dies kann zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen, denn auch lediglich einmalig ausgezahlte Entschädigungen, die als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen gewährt worden sind, bestimmen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Person im Sinne regelmäßiger monatlicher Einkommensverhältnisse.

Vor diesem Hintergrund gewährleistet die Neuregelung, dass auch eine einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Entlassungsentschädigung als Gesamteinkommen bei der Feststellung der für die Familienversicherung maßgeblichen Einkommensgrenze zu berücksichtigen ist. Dabei trägt der fingierte Bezug der Einmalzahlung als laufende Zahlung in Höhe des letzten Arbeitsentgelts den individuellen Familienverhältnissen Rechnung und ist insofern sachgerecht zur Feststellung des Zeitpunktes, ab dem eine aus der Entschädigungsleistung resultierende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschiedenen Familienmitglieds nicht mehr besteht. Umgesetzt wird die Anrechnungsregel, in dem die Entschädigungssumme durch das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt geteilt wird. Der sich daraus ergebende Wert ist auf eine volle Zahl zu runden und bestimmt die Anzahl der Monate, in denen das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 3

Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Nummer 4
Für Menschen mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, ist gesetzlich ein Anspruch auf Familienversicherung ohne die Berücksichtigung einer Altersgrenze vorgesehen, wenn die Behinderung zum Zeitpunkt des Bestehens einer Familienversicherung unter Berücksichtigung einer der Altersgrenzen für Kinder bereits vorlag.
Soweit die Familienversicherung wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen ist und die Vorrangversicherung nach Erreichen der Altersgrenzen des Absatzes 2 Nummer 1, 2 oder 3 endet, führt die Regelung nach bisheriger Rechtslage dazu, dass diese Menschen mit Behinderungen nicht in die Familienversicherung einbezogen werden können. Sie können ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Versicherung fortsetzen, für die Beiträge nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben werden, mindestens jedoch ein Betrag ausgehend von der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1.
Die Änderung bewirkt, dass die Familienversicherung ohne Altersgrenze im Anschluss an eine beendete Vorrangversicherung durchgeführt wird, wenn die Behinderung, aufgrund derer sich das Kind nicht selbst unterhalten kann, innerhalb der Altersgrenzen des Absatzes 2 Nummer 1, 2 oder 3 eingetreten ist und die Familienversicherung nur aufgrund einer Vorrangversicherung nicht durchgeführt werden konnte. Damit werden insbesondere Kinder mit Behinderungen, die eine Waisenrente beziehen und aufgrund dessen einer gegenüber der Familienversicherung vorrangigen Versicherungspflicht unterliegen, nach dem Ende des Waisenrentenbezugs den Kindern mit Behinderungen gleichgestellt, die keine Waisenrente bezogen.
Bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen kann die Familienversicherung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes auch für alle bisher freiwillig Versicherten durchgeführt werden; die freiwillige Versicherung endet unter den Voraussetzungen des § 191 Nummer 3.
Zu Absatz 4 Satz 1
§ 10 Absatz 4 Satz 1 regelt ergänzende Voraussetzungen für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln von Mitgliedern. Bislang sah die Regelung vor, dass Stief- und Enkelkinder von Mitgliedern nur dann familienversichert sind, wenn sie vom Mitglied „überwiegend unterhalten" werden. Zur Feststellung des überwiegenden Unterhalts bedurfte es bislang in jedem Einzelfall der Prüfung, ob das Mitglied dem Stief- oder Enkelkind gegenüber Geld-, Sach- und/oder Betreuungsleistungen erbringt, die dessen Unterhaltsbedarf zu mehr als der Hälfte abdecken. Auf das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt kam es dagegen nicht entscheidend an. Die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Einzelfall ist in der Praxis mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden. Durch die Rechtsänderung wird das Kriterium des „überwiegenden Unterhalts" durch das alternative Kriterium der Aufnahme des Stiefkindes bzw. Enkels in den Haushalt des Mitglieds ergänzt. Eine Aufnahme des Stiefkindes oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds liegt vor, wenn eine auf längere Dauer angelegte häusliche Gemeinschaft zwischen dem Mitglied und dem Stief- bzw. Enkelkind besteht. Wesentlich für die Haushaltsaufnahme ist, dass das Kind innerhalb der Familiengemeinschaft versorgt und betreut wird. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass eine solche häusliche Gemeinschaft besteht, wenn das Stief- oder Enkelkind im Haushalt des Mitglieds seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (§ 30 Absatz 1 SGB I) hat.
Durch das alternative Kriterium der Haushaltsaufnahme wird auch weiterhin der Anwendungsbereich der Norm auf Konstellationen begrenzt, die dem Schutzzweck der Familienversicherung entsprechen. Gleichzeitig wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen verringert und die Prüfung des überwiegenden Unterhalts auf die Fälle begrenzt, bei denen es konkrete Anhaltspunkte für das Fehlen einer häuslichen Gemeinschaft gibt.

Begründung zum GKV-VEG zum Aufheben von Absatz 1 Satz 3:

In dem zu streichenden Satz ist bisher geregelt, dass für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende Kinder in Tagespflege betreut, pauschalierend keine hauptberufliche Selbstständigkeit anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen beziehungsweise bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden. Wegen dieser Sonderregelung hatten bisher freiwillig versicherte Tagespflegepersonen jedoch auch keinen Anspruch darauf, die Absicherung mit gesetzlichem Krankengeld wählen zu können, weil dafür eine hauptberuflich ausgeübte Selbstständigkeit Voraussetzung ist (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2). Die zu streichende Vorschrift ist bis zum 31. Dezember 2018 befristet und wird ab 1. Januar 2019 gegenstandslos. Die Streichung dient somit der Rechtsbereinigung.
Infolge des Auslaufens der krankenversicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Tagespflegepersonen sind für diesen Personenkreis die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten. Dementsprechend werden Tagespflegepersonen unabhängig von der Anzahl der zu betreuenden Kinder im Einzelfall als hauptberuflich selbstständig zu betrachten sein, wenn die selbstständige Erwerbstätigkeit der

Lebensführung des Einzelnen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt.
Da für hauptberuflich Selbstständige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, die Beitragsbemessung nach bisheriger Rechtslage in der Regel mindestens auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe des kalendertäglich 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße erfolgte, profitieren insoweit die Tagespflegepersonen regelmäßig von der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in § 240 Absatz 4 für hauptberuflich Selbstständige **(Anmerkung: siehe dort Änderung durch den 14. Ausschuss)*****. Zusätzlich ist sichergestellt, dass die bisher unter die befristete pauschalierende Regelung gefallenen Tagespflegepersonen zur Absicherung eines Einkommensausfalls im Krankheitsfall nun auch den gesetzlichen Krankengeldanspruch (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2) wählen können.***

DRITTES KAPITEL

Leistungen der Krankenversicherung

Erster Abschnitt

Übersicht über die Leistungen

§ 11

Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

(2) [1] Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. [2] Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. [3] Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

(3) [1] Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. [2] **Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen.** [3] **Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.**

(4) [1] Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. [2] Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. [3] Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. [4] In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. [5] Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. [6] Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

(5) [1] Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. [2] Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.

(6) [1] Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. [2] Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. [3] Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 3 Satz 2 und 3

Der Leistungsanspruch auf die medizinisch erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson wird um die Möglichkeit der Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb der stationären Einrichtung erweitert.

Sowohl aus organisatorischen als auch aus medizinischen Gründen kann es notwendig sein, dass eine Begleitperson, für die die Voraussetzung einer Mitaufnahme bei stationärer Behandlung vorliegt, außerhalb des Krankenhauses bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung untergebracht wird. Besteht beispielsweise ein erhöhtes Infektionsrisiko oder reichen im Einzelfall die stationären Kapazitäten eines Krankenhauses nicht aus, können mitaufzunehmende Begleitpersonen künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden.

Für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb der stationären Einrichtung, in der die Behandlung des Versicherten durchgeführt wird, gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Mitaufnahme als Begleitperson nach Satz 1, d.h. die Anwesenheit der Begleitperson muss aus medizinischen Gründen notwendig sein. Ist die Mitaufnahme der Begleitperson in der stationären Einrichtung nicht möglich, bestimmt die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen Art und Umfang der Leistungen für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson. Die Entscheidung der Krankenkasse ist im Einzelfall zu treffen. In ihrer Höhe sind die Leistungen der Krankenkasse für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson auf die Höhe der Kosten begrenzt, die bei einer Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung angefallen wären.

Zweiter Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften

§ 12

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) [1] Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. [2] Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 13

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) [1] Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. [2] Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. [3] Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. [4] Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. [5] Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. [6] Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. [7] Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. [8] Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. [9] Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. [10] Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. [11] Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. [12] Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) [1] Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. [2] Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.

(3a) [1] Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. [2] Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. [3] Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. [4] Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren **gemäß § 87 Absatz 1c** durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. [5] Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. [6] Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. [7] Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. [8] Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. [9] Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) [1] Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. [2] Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. [3] Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. [4] Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. [5] Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten **in Höhe von höchstens 5 Prozent** vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. [6] Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) [1] Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. [2] Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3a Satz 4
Mit der Ergänzung in § 13 Absatz 3a Satz 4 wird auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens verwiesen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 3a Satz 4
Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.
Zu Absatz 4 Satz 5
Die Vorschrift regelt die Deckelung der durch die Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen vorzunehmenden Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten bei 5 Prozent des Erstattungsbetrages entsprechend der Erstattungsregelungen. Bislang haben die Krankenkassen in ihren Satzungen zumeist Abschläge von bis zu zehn Prozent für Verwaltungskosten und fehlende Wirt-

schaftlichkeitsprüfungen vorgesehen. Es wird sichergestellt, dass die Krankenkassen keine höheren Abschläge aus dem Umstand vornehmen können, dass die Gesundheitsbehandlung im EU-Ausland, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz stattfindet und Versicherte dadurch im Vergleich zur Kostenerstattung im Inland (vgl. § 13 Absatz 2 Satz 10) nicht finanziell benachteiligt werden.

§ 14

Teilkostenerstattung

(1) [1] Die Satzung kann für Angestellte **und Versorgungsempfänger** der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, dass an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. [2] Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Vomhundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln.

(2) [1] Die in Absatz 1 genannten Versicherten können sich jeweils im Voraus für die Dauer von zwei Jahren für die Teilkostenerstattung nach Absatz 1 entscheiden. [2] Die Entscheidung wirkt auch für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 1
Die Änderung stellt klar, dass das Verfahren der Teilkostenerstattung auch auf Versorgungsempfänger der Krankenkassen zur Anwendung kommen kann.
Für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände ermöglicht § 14 eine so genannte Teilkostenerstattung, die es diesem dem Grunde nach beihilfeberechtigten, aber GKV-nahen Personenkreis ermöglichen soll, ohne größere finanzielle Einbußen gesetzlich krankenversichert zu bleiben. Streitig war bislang, ob die Krankenkassen die Teilkostenversicherung auch für Versorgungsempfänger (also pensionierte DO-Angestellte) durchführen dürfen.
Die Änderung schafft insoweit Rechtsklarheit und stellt die gängige Praxis der Krankenkassen auf eine sichere Grundlage.

§ 15

Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

(1) [1] Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. [2] Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

(2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.

(3) [1] Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. [2] Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

(4) [1] In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. [2] Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.

(5) In dringenden Fällen kann die elektronische Gesundheitskarte oder der Berechtigungsschein nachgereicht werden.

(6) [1] Jeder Versicherte erhält die elektronische Gesundheitskarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. [2] Die Krankenkassen haben einem Missbrauch

der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. [3] Muss die Karte auf Grund von vom Versicherten verschuldeten Gründen neu ausgestellt werden, kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. [4] Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird. [5] Die wiederholte Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt; hierauf ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen. [6] Die Krankenkasse kann die Aushändigung der elektronischen Gesundheitskarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.

§ 16

Ruhen des Anspruchs

(1) [1] Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,

2a. in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen,

3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozessordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

[2] Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.

(3) [1] Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seearbeitsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. [2] Er ruht insbesondere, solange sich das Besatzungsmitglied an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, das Besatzungsmitglied hat nach § 100 Absatz 1 des Seearbeitsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat das Besatzungsmitglied nach § 100 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) [1] Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. [2] Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. [3] Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. [4] Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

(3b) Sind Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse sie schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürf-

tigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten.

Begründung zum GKV-VEG zum Einfügen von Absatz 3b mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Hilfebedürftigkeit ganz oder teilweise durch Jobcenter oder Träger der Sozialhilfe übernommen werden. Die Regelung gewährleistet, dass möglicherweise hilfebedürftige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung frühzeitig und ohne eigene Nachfrage über die Ansprüche auf Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) informiert werden und in der Folge entsprechende Ansprüche möglichst frühzeitig geltend machen. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und bis dahin Beitragsrückstände aufbauen.

§ 17

Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

(1) [1] Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. [2] Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

(3) Die zuständige Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 104 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes entstanden sind.

§ 18

Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

(1) [1] Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. [2] Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

(3) [1] Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthalts festgestellt hat. [2] Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. [3] Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. [4] Die Sätze 1 und 3 gelten entsprechend für Auslandsaufenthalte,

die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind; die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, in der sie im Inland entstanden wären.

§ 19

Erlöschen des Leistungsanspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(1a) [1] Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. [2] Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. [3] Beim Abschluss von Wahltarifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden. [4] Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.

(2) [1] Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. [2] Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.

(3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.

Dritter Abschnitt

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

§ 20

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) [1] Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. [2] Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. [3] Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. [2] Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. [4] Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) [1] Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

[2] Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. [3] Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. [4] Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der

Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. [5] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) [1] Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. [2] Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. [3] Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. [4]Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. [5] Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. [6] Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) [1] **Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen.** [2] **Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf.** [3] **Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.** [4] Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. [5] Die Ausgaben nach den Sätzen **1 bis 3** sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 6
Zu Satz 1
Es handelt sich um eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019. Danach umfassen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c ab dem Jahr 2019 einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro. Darüber hinaus wird eine Anpassung rechtsbereinigender Art vorgenommen. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.
Zu Satz 2 und 3
Die Regelung beinhaltet eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019 für Leistungen nach § 20a. Zudem wird der Mindestausgabenwert, den die Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b jährlich je Versicherten aufzuwenden haben, um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit dieser Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne von § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.
Eine Stärkung der gesundheitlichen Situation in diesen Einrichtungen mit Unterstützung der Krankenkassen ist mit Blick auf die Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in den Gesundheitsberufen

bei gleichzeitig niedrigem Erwerbskräftepotenzial der Pflegekräfte zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der genannten Versorgungseinrichtungen und der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten erforderlich. Es gilt die Beschäftigungsdauer von Pflegekräften zu steigern, damit die Versorgung der steigenden Anzahl von Patienten sichergestellt werden kann.
Beschäftigte dieser Einrichtungen sind in ihrer täglichen Arbeit hohen physischen und psychischen Anforderungen ausgesetzt. So weisen die Gesundheitsreporte der Krankenkassen auf, dass die Krankenstände, gemessen in Arbeitsunfähigkeitstagen, bei Pflegekräften im Vergleich zum dem Krankheitsdurchschnitt von allen Beschäftigten erhöht sind. Zudem weisen die Beschäftigten der Berufsgruppen in der Gesundheits- und Krankenpflege besonders lange Ausfallzeiten bei Muskel-Skeletterkrankungen und psychischen Störungen auf. (Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017, BKK Gesundheitsreport 2017 und Fehlzeiten-Report 2017).
Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt. Die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Bereich soll wesentlich dazu beitragen, dass krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten gesenkt und frühzeitige Erwerbsunfähigkeit vermieden werden.
Zu Satz 5
Es handelt sich um eine Folgeänderung an die Regelung in § 20, mit der der neue Satz 3 hinsichtlich der Anpassung der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches mitumfasst werden soll.

§ 20a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) [1] Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. [2] Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. [3] Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [4] Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. [5] Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.

(3) [1] Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. [3] Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll

die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. [4] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung in Höhe von mindestens 0,45 Euro aus dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. [5] Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. [6] Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 **Satz 5** jährlich anzupassen. [7] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) [1] Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. November 2015. [2] Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. [4] § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 3 Satz 6
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung an die Neuregelung des § 20 Absatz 6. Zugleich wird der Verweis auf § 20 Absatz 6 korrigiert.

§ 20b

Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) [1] Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. [2] Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [3] Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.

(2) [1] Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [2] Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. [3] § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

(3) [1] Die Krankenkassen bieten Unternehmen**, insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,** unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. [2] Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. [3] Örtliche Unternehmensorganisationen **und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände** sollen an der Beratung beteiligt werden. [4] Die Landesverbände der Kran-

kenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen **und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände** durch Kooperationsvereinbarungen. [5] Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(4) [1] Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. [2] Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben. [3] Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 3
Zu Satz 1
Die Regelung korrespondiert mit der in § 20 Absatz 6 vorgesehenen Erhöhung des Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b für Einrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 1 und für Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen einen Fokus auf die Beratung und Unterstützung von Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches legen, um so ihrem Auftrag zur verstärkten Unterstützung dieser Einrichtungen nachkommen zu können.
Zu Satz 3
Die Regelung stellt sicher, dass an der Beratung durch die regionalen Koordinierungsstellen neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände beteiligt werden.
Zu Satz 4
Die Regelung stellt sicher, dass neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände an den Kooperationsvereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen beteiligt werden.

§ 20c

Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) [1] Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. [2] Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. [3] Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) [1] Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [2] Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. [3] § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20d

Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförde-

rung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.

(3) [1] Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten. [2] **Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.** [3] Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. [4] Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern [jetzt: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat] und den Ländern vereinbart. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt weitere Bundesministerien, soweit die Rahmenempfehlungen ihre Zuständigkeit berühren. [6] An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

(4) [1] Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juli 2019, und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. [3] Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. [4] Der Bericht enthält auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung des in § 20 Absatz 6 Satz 1 bestimmten Ausgabenrichtwerts für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20 bis 20c und der in § 20 Absatz 6 Satz 2 bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b. [5] Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. [6] Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. [7] Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 3
Zu Satz 1
Es handelt sich um eine Anpassung rechtsbereinigender Artikel. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.
Zu Satz 2
Mit der Einfügung des neuen Satzes wird die nationale Präventionsstrategie um spezifische und ge-

meinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie in Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches ergänzt. Dies dient auch der Verzahnung der Leistungen der Krankenkassen mit den Präventionsleistungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und fördert eine verstärkte und abgestimmte Leistungserbringung der maßgeblichen Leistungsträger. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bringen die Präventionsleistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit ein.

§ 20e

Nationale Präventionskonferenz

(1) [1] Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. [2] Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. [3] Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. ebenfalls einen Sitz. [4] Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. [5] Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. [6] Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. [7] Darüber hinaus entsenden die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie das Präventionsforum jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. [8] Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. [9] Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. [10] Die Geschäftsstelle, die die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nach Satz 1 unterstützt, wird bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt.

(2) [1] Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. [2] Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. [3] Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. [4] Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

§ 20f

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) [1] Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. [2] Die für die Rahmenvereinbarungen

maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

(2) [1] Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

[2] An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. [3] Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. [4] Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.

§ 20g

Modellvorhaben

(1) [1] Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. [2] Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. [3] Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen. [4] Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.

(2) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

§ 20h

Förderung der Selbsthilfe

(1) [1] Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. [3] Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

*(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und

Förderbereiche. [2] Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. [3] Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

***Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2020 werden in Satz 3 die Wörter „durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung“ durch die Wörter „als Pauschal- und Projektförderung“ ersetzt.**

*(3) [1] Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 1,05 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. [2] Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. [3] Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. [4] Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. [5] Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.

***Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2020 werden in Satz 3 die Angabe „50“ durch die Angabe „70“ und die Wörter „kassenartübergreifende Gemeinschaftsförderung“ durch die Wörter „die kassenartübergreifende Pauschalförderung“ sowie in den Sätzen 4 und 5 jeweils das Wort „Gemeinschaftsförderung“ durch das Wort „Pauschalförderung“ ersetzt.**

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen mit Wirkung ab 1. Januar 2020 (vgl. Artikel 17 Absatz 4a) wie folgt:

Zu Absatz 2 Satz 3
Statt wie bisher unterschiedliche Begriffe, wie Gemeinschaftsförderung/Pauschalförderung, zu verwenden, um denselben Tatbestand zu umschreiben, wird nunmehr einheitlich in § 20h der Begriff „Pauschalförderung“ verwendet. Dies dient der Rechtsklarheit. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.
Zu Absatz 3 Satz 3, 4 und 5
Mit der Regelung zu Satz 3 zur Höhe der Fördermittel wird die Anhebung von mindestens 50 auf mindestens 70 Prozent bei der gemeinschaftlichen Pauschalförderung sichergestellt. Damit wird gewährleistet, dass die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Krankenkassen und ihre Verbänden eine ausreichende Basisfinanzierung erhalten. Diese wird zur Absicherung der originären und vielfältigen Selbsthilfearbeit sowie regelmäßig wiederkehrende Aufwendungen wie Miete, Büroausstattung, Internetauftritte, Medien, Fortbildungen und Schulungen und Reisekosten geleistet. Hierdurch wird die Selbsthilfestruktur gestärkt.
Im Übrigen vgl. Begründung zu Absatz 2.

§ 20i

Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes**, dies gilt unabhängig davon, ob sie auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben.** [2] Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt **beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist** oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. [3] Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. [4] Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. [5] Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von

zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. [6] Kommt eine Entscheidung nicht fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt. [7] Der Anspruch nach Satz 1 schließt die Bereitstellung des erforderlichen **Impfausweises nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes** ein.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen **und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe** vorsehen.

(3) Ein Anspruch nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen wie folgt:

Zur Überschrift
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 2.
Zu Absatz 1
Zu Satz 1
Die Ergänzung des gesetzlichen Wortlauts soll klarstellen, dass Ansprüche gegen andere Kostenträger auf Leistungen von Schutzimpfungen (etwa aufgrund arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften) einen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in keinem Fall ausschließen. Das besondere öffentliche Interesse an einer hohen Durchimpfungsrate soll in jedem Fall Vorrang haben.
Zu Satz 2
Mit der Anpassung des gesetzlichen Wortlauts soll erreicht werden, dass Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, einheitlich dann von der GKV zu erbringen sind, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung (also auch durch ein Studium) bedingt ist. Dies ist auch dann der Fall, wenn für andere zur häuslichen Gemeinschaft gehörende Personen der Auslandsaufenthalt ebenfalls durch diese Ursachen bedingt ist (beispielsweise mitreisende Ehegatten oder Kinder).
Zu Satz 5
Die Frist für den Erlass bzw. die Änderung der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 3 wird im Interesse einer schnelleren Umsetzung der künftigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und damit einer rascheren Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen auf zwei Monate verkürzt. Sie ist ausreichend, um eine ordnungsgemäße Umsetzung zu gewährleisten.
Zu Satz 7
Mit der Klarstellung soll verdeutlicht werden, dass künftig nicht mehr nur durch die Bereitstellung eines Impfausweisvordruckes der gesetzlichen Verpflichtung Genüge getan ist, sondern dann, wenn ein Impfausweis bereitgestellt wird, der den Anforderungen des § 22 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.
Zu Absatz 2
Krankenkassen können in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen, um besonderen Bedürfnissen ihrer Versicherten Rechnung zu tragen. Unter Schutzimpfung im Sinne der Vorschrift ist jedoch nach § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) lediglich die Abgabe eines Impfstoffs mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen, zu verstehen. Eine vorbeugende Impfung beruht auf einer spezifischen, aktiven Immunisierung gegen Krankheitserreger. Nicht erfasst von der Satzungsermächtigung sind bislang andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach § 2 Nummer 10 IfSG, bei denen es sich um die Gabe von Antikörpern (passive Immunprophylaxe) oder um die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten handelt. Mit der Änderung wird den Krankenkassen ermöglicht, in ihren Satzungen künftig auch eine Kostenübernahme für diese Leistungen vorzusehen.
Zu Absatz 3
Absatz 3 enthält einen klarstellenden Verweis, dass unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 IfSG ebenfalls ein Versorgungsanspruch besteht (was bereits bisher der Fall war). Es handelt sich um eine Rechtsgrundverweisung.
Der bisherige Absatz 3 geht in § 132e Absatz 1 auf. Auf die Begründung zu § 132e Absatz 1 wird verwiesen.

§ 20j

Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie

2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2019 mit Wirkung zum 1. September 2019 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.

(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.

Begründung zum TSVG zum Einfügen von § 20j:

Versicherte mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko erhalten einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die PrEP ist ein ergänzender Baustein einer effektiven Präventionsstrategie, die zum Ziel hat, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland wirksam einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken. In Staaten, in denen die PrEP bereits seit einigen Jahren zur Verfügung steht, konnte in Studien nachgewiesen werden, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen um bis zu 40 Prozent gesunken ist. Die PrEP bietet damit einen wirksamen Infektionsschutz in einem Bereich, für den Impfungen bislang nicht zur Verfügung stehen und ist damit ein wichtiger Faktor für die öffentliche Gesundheit.

Um die Wirksamkeit der PrEP zu überprüfen und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren, müssen regelmäßige Begleituntersuchungen (auch risikoadaptierte Diagnostik) durchgeführt werden. Deshalb wird ein Anspruch auf ärztliche Beratung und erforderliche Untersuchungen für die PrEP für Versicherte mit substantiellem HIVInfektionsrisiko eingeräumt und der Anspruch auf Versorgung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel an die vorherige Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung gekoppelt. Die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung erfolgen wegen der Neuheit von PrEP durch Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen. Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, den konkreten Kreis der Anspruchsberechtigten und der zur Ausführung der Leistungen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zu vereinbaren. Die Vereinbarungen sollten sich an den aktuellen deutsch-österreichischen Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) zur HIV-Präexpositionsprophylaxe orientieren. Der Bewertungsausschuss wird infolge der bundesmantelvertraglichen Vereinbarung beauftragt, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und anzupassen, um eine Abrechnung dieser Leistungen zu ermöglichen. Innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Regelung ist damit die Erbringung der PrEP als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Nach geltender Beschlusslage des Bewertungsausschusses werden die mit PrEP verbundenen neuen Leistungen – hier aufgrund von Veränderungen des gesetzlichen Leistungsumfangs – zwei Jahre extrabudgetär vergütet, im Anschluss kann der Bewertungsausschuss eine Fortführung empfehlen.

Bei der Abgabe der verschreibungspflichtigen Arzneimittel zur PrEP in Apotheken haben die Versicherten eine Zuzahlung nach den auch sonst geltenden Regelungen zu leisten. § 31 Absatz 2 bis 4 gilt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards bis Ende 2020. Die Evaluation soll insbesondere Daten zu den HIV-Neuinfektionen und die Anzahl der Verordnungen der PrEP enthalten, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der getroffenen Regelung ziehen zu können. Gleichzeitig soll in den Blick genommen werden, ob weitere Personengruppen, wie z. B. Mitarbeiter im Gesundheitswesen, einer solchen Prophylaxe bedürfen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 5 wie folgt:

Durch die Änderung wird unterstrichen, dass sich die Evaluation nicht auf den Bereich HIV/AIDS beschränken sondern umfassend das Infektionsgeschehen in Bezug auf alle relevanten sexuell übertragbaren Krankheiten in den Blick nehmen soll. Entsprechend den Leitlinien der Deutschen

AIDS-Gesellschaft e. V. ist das Vorhandensein einer sexuell übertragbaren Infektion in den letzten 12 Monaten für bestimmte Gruppen ein Qualifizierungsmerkmal für die Präexpositionsprophylaxe. Anhand der bisherigen Studienlage ist unklar, ob die PrEP zu einer Senkung der Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen als Folge einer verstärkten Behandlung bei PrEP-Nutzern führt, oder ob es zu einer Zunahme anderer sexuell übertragbarer Infektionen aufgrund von verändertem Schutzverhalten kommt. Daher soll mit der Ausweitung der Erfassung auf andere sexuell übertragbare Infektionen überprüft werden, ob und welchen Einfluss die Präexpositionsprophylaxe auf die Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Infektionen hat.

§ 21

Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) [1] Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. [2] Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. [3] In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. [4] Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. [5] Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

(2) [1] Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle zu beschließen.

(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zu Stande, werden Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

§ 22

Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

(1) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

(2) Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

(3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.

(4) – weggefallen

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.

§ 22a

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

(1) [1] Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. [2] Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. [3] Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.

§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) [1] Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. [2] Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 16 Euro täglich vorsehen. [3] Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) [1] Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. [2] Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

(5) [1] Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. [2] Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. [3] Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. [4] Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf

von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(6) [1] Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. [2] Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

§ 24

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) [1] Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. [2] Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. [3] Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. [4] § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) § 23 Abs. 5 gilt entsprechend.

(3) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. [2] Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 24a

Empfängnisverhütung

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. [2] Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

(2) [1] Versicherte bis zum vollendeten **22.** Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. [2] Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.

Begründung zum Gesetz ... Schwangerschaftsabbruch:

Zu Absatz 2 Satz 1

Die Altersgrenze für Versicherte, die Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben, wird vom vollendeten 20. auf das vollendete 22. Lebensjahr heraufgesetzt.

Damit soll noch stärker als bisher gewährleistet werden, dass Versicherte, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage, beispielsweise weil sie sich noch in Ausbildung befinden, die Kosten für empfängnisverhütende Mittel nicht aufbringen können, hierbei unterstützt werden. Die Regelung soll dazu beitragen, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern und insbesondere jungen Frauen einen selbstbestimmten Umgang mit Mitteln der Empfängnisverhütung ermöglichen. Die Heraufsetzung der Altersgrenze gilt auch für den Anspruch auf ärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva nach § 24a Absatz 2 Satz 2 SGB V. Die Wahl, welches empfängnisverhütende Mittel zu Lasten der GKV zum Einsatz kommt, treffen der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin mit der Patientin im Rahmen dieser gesetzlichen Regelung.

§ 24b

Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. [2] Der Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.

(2) [1] Es werden ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege gewährt. [2] Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn Versicherte wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt arbeitsunfähig werden, es sei denn, es besteht ein Anspruch nach § 44 Abs. 1.

(3) Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

(4) [1] Die nach Absatz 3 vom Anspruch auf Leistungen ausgenommene ärztliche Vornahme des Abbruchs umfasst

1. die Anästhesie,
2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
4. die Injektion von Medikamenten,
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation.

[2] Mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. [3] Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird. [4] Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 24c

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,

2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

§ 24d

Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

[1] Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge; ein Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung. [2] Sofern das Kind nach der Entbindung nicht von der Versicherten versorgt werden kann, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen. [3] Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies. [4] Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind.

§ 24e

Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

[1] Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. [2] Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4 keine Anwendung.

§ 24f

Entbindung

[1] Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. [2] Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. [3] Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. [4] Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. [5] § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 24g

Häusliche Pflege

[1] Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. [2] § 37 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 24h

Haushaltshilfe

[1] Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. [2] § 38 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 24i

Mutterschaftsgeld

(1) [1] Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld. [2] Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren.

(2) [1] Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis nach Maßgabe von § 17 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes gekündigt worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlt . [2] Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. [3] Für die Ermittlung des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelts gilt § 21 des Mutterschutzgesetzes entsprechend. [4] Übersteigt das durchschnittliche Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. [5] Für Frauen nach Absatz 1 Satz 2 sowie für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) [1] Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung gezahlt. [2] Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches ärztlich festgestellt und ein Antrag nach § 3 Absatz 2 Satz 4 des Mutterschutzgesetzes gestellt wird, verlängert sich der Zeitraum der Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach Satz 1 auf die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung. [3] Wird bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen der Zeitraum von sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung verkürzt, so verlängert sich die Bezugsdauer um den Zeitraum, der vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte. [4] Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der voraussichtliche Tag der Entbindung angegeben ist. [5] Bei Entbindungen nach dem voraussichtlichen Tag der Entbindung verlängert sich die Bezugsdauer bis zum Tag der Entbindung entsprechend. [6] Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt.

(4) [1] Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Urlaubsabgeltung erhält. [2] Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 2
Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2.
Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) wurde mit Wirkung vom 23. Juli 2015 der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ausdrücklich auch auf diejenigen Frauen erstreckt, die

zu Beginn der Mutterschutzfrist allein deshalb keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 157 SGB III wegen einer Urlaubsabgeltung oder nach § 159 SGB III wegen einer Sperrzeit ruht und daher eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nicht begründet werden kann (§ 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 2).
Mit der Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2 besteht für diese Frauen nun eine Pflichtversicherung, die einen Anspruch auf Krankengeld beinhaltet. Damit besteht nach § 24i Absatz 1 Satz 1 auch der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, so dass die Regelung des § 24i Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 obsolet ist. Infolge dessen ist § 24i Absatz 1 Satz 2 mit dem Inhalt der verbleibenden Regelung des bisherigen § 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 neu zu fassen.

Vierter Abschnitt

Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten

§ 25

Gesundheitsuntersuchungen

(1) [1] Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. [2] Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. [3] Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. [4] Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(3) [1] Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. [2] Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

[3] Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. [4] § 137e gilt entsprechend.

(4) [1] Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. [3] Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. [5] Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. [6] Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

(4a) [1] Legt das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit [jetzt: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit] in einer Rechtsverordnung nach § 84

Absatz 2 des Strahlenschutzgesetzes die Zulässigkeit einer Früherkennungsuntersuchung fest, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 beschlossen hat, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung, ob die Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 1 oder Absatz 2 zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist und regelt gegebenenfalls das Nähere nach Absatz 3 Satz 2 und 3. [2] Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss zu der Feststellung, dass der Nutzen der neuen Früherkennungsuntersuchung noch nicht hinreichend belegt ist, so hat er in der Regel eine Richtlinie nach § 137e zu beschließen.

(5) [1] In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. [2] Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfes fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. [3] Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. [4] Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.

Begründung zum Gesetz … Schutz ionisierende Strahlung:

Zu Absatz 4a

Der neu in § 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eingefügte Absatz 4a dient einer effizienten Verzahnung der strahlenschutzrechtlichen Bewertung von neuen Früherkennungsuntersuchungen nach § 84 Absatz 2 StrlSchG mit der nachgelagerten Prüfung einer Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Satz 1 sieht hierzu vor, dass der G-BA verpflichtet ist, innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten nach dem Inkrafttreten einer Rechtsverordnung des BMUB, die die Zulässigkeit einer neuen Früherkennungsuntersuchung bestimmt, über die Aufnahme in den Leistungsumfang der GKV zu entscheiden und gegebenenfalls die erforderlichen Richtlinienregelungen zu beschließen. Eine Verkürzung der grundsätzlich für eine Methodenbewertung nach § 135 Absatz 1 Satz 5 SGB V geltenden Frist von 3 Jahren auf 18 Monate ist möglich und angezeigt, weil der G-BA bereits im Prozess der wissenschaftlichen Bewertung durch das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) nach § 84 Absatz 3 StrlSchG beteiligt wird und er seine eigenständige Prüfung nach den Kriterien der §§ 25, 135 SGB V auf diesen wissenschaftlichen Vorarbeiten aufbauen kann.

Satz 2 regelt den Fall, wenn der G-BA im Rahmen seiner krankenversicherungsrechtlichen Nutzenbewertung zu dem Ergebnis kommt, dass der Nutzen der neuen Früherkennungsmethode im Sinne von § 135 SGB V noch nicht hinreichend belegt ist. Um zu gewährleisten, dass die für eine fundierte Entscheidung über eine Aufnahme in den Leistungsumfang der GKV noch fehlenden Erkenntnisse gewonnen werden können, wird dem G-BA grundsätzlich vorgegeben, eine Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V zu beschließen. Da für eine strahlenschutzrechtlich zugelassene Früherkennungsuntersuchung zumindest das Potential im Sinne von § 137e Absatz 1 SGB V vorliegt, ist die Erprobungsrichtlinie das hierfür einschlägige Instrument. Im Übrigen richten sich die Beschlussfassung der Erprobungsrichtlinie und die Durchführung der Erprobung nach § 137e Absatz 1 bis 6 SGB V. Voraussetzung für die Erprobung einer Früherkennungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist nach den zu beachtenden Vorgaben des § 137e Absatz 6 SGB V insbesondere die Erklärung betroffener Medizinproduktehersteller, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach § 137e Absatz 5 SGB V entstehenden Kosten in angemessenem Umfang zu übernehmen. Eine Erprobung kann ausnahmsweise entbehrlich sein, insbesondere wenn bereits aussagekräftige Studien durchgeführt werden, die eine fundierte Entscheidung des G-BA in naher Zukunft ermöglichen.

§ 25a

Organisierte Früherkennungsprogramme

(1) [1] Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Absatz 2, für die von der

Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, sollen als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden. [2] Diese Programme umfassen insbesondere

1. die regelmäßige Einladung der Versicherten in Textform zur Früherkennungsuntersuchung nach Satz 1,
2. die mit der Einladung erfolgende umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung, über die nach Absatz 4 vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten, die zum Schutz dieser Daten getroffenen Maßnahmen, die verantwortliche Stelle und bestehende Widerspruchsrechte,
3. die inhaltliche Bestimmung der Zielgruppen, der Untersuchungsmethoden, der Abstände zwischen den Untersuchungen, der Altersgrenzen, des Vorgehens zur Abklärung auffälliger Befunde und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie
4. die systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahmeraten, des Auftretens von Intervallkarzinomen, falsch positiver Diagnosen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmern.

[3] Die Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 4 beinhalten auch einen Abgleich der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder der klinischen Krebsregister, soweit dies insbesondere für die Erfassung des Auftretens von Intervallkarzinomen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmern erforderlich ist und landesrechtliche Vorschriften die Übermittlung von Krebsregisterdaten erlauben. [4] Die entstehenden Kosten für den Datenabgleich werden von den Krankenkassen getragen.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 30. April 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme für Früherkennungsuntersuchungen, für die bereits Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 Satz 1 vorliegen. [2] Für künftige Leitlinien erfolgt eine Regelung innerhalb von drei Jahren nach Veröffentlichung der Leitlinien. [3] Handelt es sich um eine neue Früherkennungsuntersuchung, für die noch keine Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 bestehen, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst innerhalb von drei Jahren nach Veröffentlichung der Leitlinien, ob die Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 2 zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist, und regelt gegebenenfalls innerhalb von weiteren drei Jahren das Nähere über die Durchführung des organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms. [4] In den Richtlinien über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme ist insbesondere das Nähere zum Einladungswesen, zur Qualitätssicherung und zum Datenabgleich mit den Krebsregistern festzulegen, und es sind die hierfür zuständigen Stellen zu bestimmen. [5] Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist bei den Richtlinien zu beteiligen.

(3) [1] Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung eines organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms beschließen. [2] § 137e gilt entsprechend. [3] Die Frist nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 für die Regelung des Näheren über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Erprobung, längstens jedoch um fünf Jahre.

(4) [1] Die nach Absatz 2 Satz 4 in den Richtlinien bestimmten Stellen sind befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen und in den Richtlinien aufgeführten Daten nach den dort genannten Vorgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. [2] Für die Einladungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 dürfen die in § 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 6 genannten Daten der Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt werden; sofern andere Stellen als die Krankenkassen die Aufgabe der Einladung wahrnehmen, darf die Krankenversichertennummer nur in pseudonymisierter Form verwendet werden. [3] Die Versicherten können in Textform weiteren Einladungen widersprechen; sie sind in den Einladungen auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. [4] Andere personenbezogene Daten der Krankenkassen, insbesondere Befunddaten und Daten über die Inanspruchnahme von Krebs-

früherkennungsuntersuchungen, dürfen für die Einladungen nur mit Einwilligung der Versicherten verwendet werden. [5] Für die Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 gilt § 299, sofern der Versicherte nicht schriftlich oder elektronisch widersprochen hat. [6] Ein Abgleich der Daten nach Satz 4 und der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder klinischen Krebsregister ist unter Beachtung der landesrechtlichen Vorschriften zulässig, sofern der Versicherte nicht schriftlich widersprochen hat. [7] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien fest, welche Daten für den Abgleich zwischen den von ihm bestimmten Stellen und den epidemiologischen oder klinischen Krebsregistern übermittelt werden sollen.

(5) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss oder eine von ihm beauftragte Stelle veröffentlicht alle zwei Jahre einen Bericht über den Stand der Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss oder eine von ihm beauftragte Stelle übermittelt auf Antrag, nach Prüfung des berechtigten Interesses des Antragstellers, anonymisierte Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung. [3] Die Entscheidung über den Antrag ist dem Antragsteller innerhalb von zwei Monaten nach Antragstellung mitzuteilen; eine Ablehnung ist zu begründen.

§ 26

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) [1] Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. [2] Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. [3] Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. [4] Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. [5] Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. [6] Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) [1] § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen nach Absatz 1 sowie über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Absatz 3. [3] Ferner bestimmt er die Altersgrenzen und die Häufigkeit dieser Untersuchungen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3. [5] Er regelt insbesondere das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.

(3) [1] Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. [2] Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

Fünfter Abschnitt

Leistungen bei Krankheit

Erster Titel

Krankenbehandlung

§ 27

Krankenbehandlung

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. [2] Die Krankenbehandlung umfasst

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,

2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,

3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

[3] Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. [4] Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. [5] Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

(1a) [1] Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. [2] Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. [3] Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. [4] Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger). [5] Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. [6] Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren. [7] Für die Behandlung von Folgeerkrankungen der Spender ist die Krankenkasse der Spender zuständig, sofern der Leis-

tungsanspruch nicht nach § 11 Absatz 5 ausgeschlossen ist. [8] Ansprüche nach diesem Absatz haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen. [9] Die Krankenkasse der Spender ist befugt, die für die Leistungserbringung nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen der Empfänger zu übermitteln; dies gilt auch für personenbezogene Daten von nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtigen. [10] Die nach Satz 7 übermittelten Daten dürfen nur für die Erbringung von Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 verarbeitet und genutzt werden. [11] Die Datenverarbeitung und Nutzung nach den Sätzen 7 und 8 darf nur mit schriftlicher Einwilligung der Spender, der eine umfassende Information vorausgegangen ist, erfolgen.

(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes

haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.

§ 27a

Künstliche Befruchtung

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) [1] Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. [2] Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) [1] Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. [2] Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. [3] Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) [1] Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. [2] Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen **nach den Absätzen 1 und 4**.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4

Der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a wird um die Möglichkeit der Kryokonservierung ergänzt, wenn aufgrund einer Erkrankung (z. B. einer Krebserkrankung oder einer rheumatologischen Erkrankung) und deren Behandlung mittels einer keimzellschädigenden Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich ist, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe der kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, ist das Einfrieren und die Lagerung von Eierstockgewebe als Teilausschnitt der Gesamtbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27 Absatz 1 zu übernehmen, wenn es eine unselbstständige Vorbereitungshandlung der späteren (eigentlichen) ärztlichen Krankenbehandlung zur Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit darstellt, die in Form der Implantation des Gewebes stattfindet.

Anders zu beurteilen ist es aber, wenn eine Kryokonservierung von Körperzellen (nur) eine spätere künstliche Befruchtung ermöglichen soll. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG werden von den Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a bisher nur Maßnahmen umfasst, die dem einzelnen natürlichen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber eine Kryokonservierung und Lagerung von Samenzellen oder vorsorglich gewonnener Eizellen für die Wiederholung eines Versuchs der Befruchtung (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, m. w. N.).

Mit der Änderung soll der Anspruch auf Kryokonservierung Personen zu Gute kommen, die aufgrund einer Erkrankung eine keimzellschädigende Therapie in Anspruch nehmen müssen und bei denen zwar keine spätere Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit oder Empfängnisfähigkeit an sich in Betracht kommt, für die aber eine spätere künstliche Befruchtung in Frage kommen könnte. Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung danach künftig die Kosten für die erforderlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung, insbesondere Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und ein späteres Auftauen, in vollem Umfang im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Dabei ist der Anspruch nach Absatz 4 nicht an die für die spätere künstliche Befruchtung geltenden Voraussetzungen der unteren Altersgrenze von 25 Jahren und der Ehe geknüpft. Der Anspruch nach Absatz 4 endet mit Erreichen der oberen Altersgrenze nach Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz, weil die Kryokonservierung die spätere Vornahme einer künstlichen Befruchtung ermöglichen soll. Diesbezüglich ist eine Kostenübernahme mit Erreichen der oberen Altersgrenze ausgeschlossen. Der Umfang der Kostenübernahme für eine sich anschließende künstliche Befruchtung bleibt unverändert.

Zu Absatz 5

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist nach dem bisherigen Absatz 4 damit beauftragt, in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1 zu bestimmen. Durch die Ergänzung wird dieser Auftrag im Hinblick auf den neuen Absatz 4 erweitert.

§ 27b

Zweitmeinung

(1) [1] Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. [2] Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. [2] Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. [3] Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

[4] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. [5] Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

[6] Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser sowie
5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(5) [1] Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. [2] Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. [3] Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. [4] In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. [5] Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. [6] Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

(6) [1] Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. [2] Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. [3] Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von Absatz 2 Satz 7 wie folgt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschlüssen vom 21. September 2017 und 18. Oktober 2018 erste Festlegungen zu strukturierten Zweitmeinungsverfahren in einer Zweitmeinungs-Richtlinie getroffen. Die Frist für den Erstbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses für Festlegungen zur Zweitmeinung ist damit überholt und wird aufgehoben.

§ 28

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) [1] Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. [2] Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. [3] Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. [4] Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) [1] Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. [2] Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. [3] In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. [4] In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. [5] Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. [6] Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. [7] Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. [8] Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. [9] Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. [10] Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) [1] Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. [2] Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. [3] Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 3
Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe für die (umgesetzte) erstmalige Festlegung delegationsfähiger Leistungen durch die Bundesmantelvertragspartner bis zum 31. Juni 2012. Die gesetzliche Verpflichtung zur Festlegung bleibt im Übrigen bestehen.

§ 29

Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) [1] Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. [2] Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen.

[3] Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) [1] Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. [2] Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. [2] Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

(5) [1] Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. [2] In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. [3] Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) [1] Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. [2] Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). [3] Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) [1] Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. [2] Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. [3] Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) [1] Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. [2] Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. [3] Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. [4] Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur

Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. [5] **Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.**

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 5* – Anmerkung: Absatz 5 – GE Satz 1 bis 15 durch 14. Ausschuss jetzt Absatz 5 bis 8**
***Zu Satz 1* – Anmerkung: Durch 14. Ausschuss statt „abgebildet" jetzt „vergleichbar"**
Mit der Mehrkostenregelung in Satz 1 wird sichergestellt, dass für Versicherte, die statt der medizinisch indizierten und nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichenden und zweckmäßigen kieferorthopädischen Leistung eine andere Behandlungsalternative wählen, die Krankenkasse die Kosten für die Versorgung für vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung trägt. Den Differenzbetrag zu den Kosten der gewählten Behandlungsalternative haben die Versicherten aus eigenen Mitteln zu tragen.
Zu Satz 2
Sofern die Versicherten kieferorthopädische Leistungen wählen, die mit der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistung vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel (z. B. die eingesetzten Materialien) unterscheiden, trägt die Krankenkasse die Kosten der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten vergleichbaren kieferorthopädischen Leistungen. Die Kosten werden als Sachleistung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Gesamtvergütung nach § 85. Für den Versicherten bedeutet dies, dass die ihm gestellte Rechnung für die kieferorthopädische Behandlung nur den Differenzbetrag zwischen den Kosten der vom Versicherten gewählten kieferorthopädischen Leistung und den Kosten für die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete Leistung ausweisen darf.
***Zu Satz 3* – Anmerkung: Durch 14. Ausschuss Absatz 6**
Zur Verbesserung der Transparenz und näheren Konkretisierung der nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten Leistungen wird dem Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen bis zum 31. Dezember 2022 aufgegeben, die Mehrleistungen zu beschließen. Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen kann diesbezüglich auch Leistungen festlegen, welche außerhalb des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen stehenden Leistungen nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (sog. Zusatzleistungen). Zusatzleistungen sind solche zahnärztlichen-kieferorthopädischen Leistungen, die von den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen beschriebenen Leistungen in einem Maße abweichen, dass mit ihrer Durchführung die Leistungsbeschreibung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen nicht mehr erfüllt wird. Zusatzleistungen dürfen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, weswegen die Kosten für Zusatzleistungen vom Versicherten in voller Höhe selbst zu tragen sind.
***Zu den Sätzen 4 bis 6* – Anmerkung: Durch 14. Ausschuss Absatz 7 – mündliche Aufklärung über Beahndlungsalternativen**
Nach § 630c Absatz 2 und 3 und § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches ist der Zahnarzt als Behandelnder dazu verpflichtet, den Versicherten als Patienten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären. Die Aufklärungs- und Informationspflichten über mit Behandlungsalternativen verbundene Mehrkosten werden zur Klarstellung in Satz 5 aufgenommen. Darüber hinaus wird ein gesetzliches Schriftformerfordernis für die erfolgte Information und Aufklärung festgelegt. Die schriftliche Vereinbarung dient neben den Beweiszwecken für den Zahnarzt über die erfolgte Aufklärung dazu, den Versicherten rechtzeitig und vollständig über die zu erwartenden zusätzlichen finanziellen Belastungen zu informieren. Um eine einheitliche und vollständige Aufklärung über die zu erwartenden Mehrkosten zu gewährleisten, wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben, hierfür Formularvordrucke zu erstellen, die dann von den Zahnärzten verbindlich zugrunde zu legen sind.
***Zu den Sätzen 7 bis 11* – Anmerkung: Durch 14. Ausschuss Absatz 8**
Zur Sicherstellung, dass die Aufklärungs- und Informationspflichten aus den Sätzen 4 und 5 von den Zahnärzten erfüllt werden, werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, die Einhaltung der Pflichten aus Satz 5 und 6 zu überwachen. Eine Überprüfung der Aufklärungs- und Informationspflichten erfolgt anlassbezogen. Eine Überprüfung kommt insbesondere in Betracht, wenn sich Versicherte über ihren Zahnarzt beschweren oder ein Zahnarzt deutlich häufiger als andere Zahnärzte Mehrkostenvereinbarungen abschließt. Eine derartige Prüfung ist nur möglich, wenn den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die hierfür benötigten Daten zur Verfügung

stehen. Deshalb werden die Zahnärzte verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Um die für die Zahnärzte nach Satz 5 und 6 geltende Aufklärungs- und Informationspflicht durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen prüfen zu können, ist es erforderlich, dass die Zahnärzte den Nachweis der erfolgten Aufklärung den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vorlegen. Die schriftliche Vereinbarung nach Satz 5 und die schriftliche Erklärung nach Satz 6 erfassen nur die Tatsache der erfolgten Aufklärung und Information. Diese versichertenbezogenen Daten sind den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ohne Einwilligung der Versicherten vorzulegen. Dies ist erforderlich, um den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine wirksame Prüfung über die Aufklärungs- und Informationspflichten zu ermöglichen und sicherzustellen, dass die Prüfung der Einhaltung der Beratungspflicht nicht durch eine fehlende Einwilligungserklärung des Versicherten verhindert wird.

Der damit verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten ist auch verhältnismäßig, weil die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen außer den Nachweis über die erfolgte Aufklärung und Information durch den Zahnarzt keine Informationen erhalten, die über den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereits vorliegenden versichertenbezogenen Informationen hinausgehen.

Sofern auf Grundlage der schriftlichen Vereinbarung nach Satz 5 und der schriftlichen Erklärung nach Satz 6 die Überprüfung der Aufklärungs- und Informationspflichten nicht möglich ist bzw. die vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten nicht nachvollzogen werden können, ist es zudem erforderlich, Einblick in behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen und somit in sensible medizinische Daten der Versicherten zu nehmen. Aus Gründen der berechtigten Interessen der betroffenen Versicherten und der Verhältnismäßigkeit ist nach Satz 12 gesetzlich vorgesehen, dass hierzu vorher die schriftliche oder elektronische Einwilligung der jeweiligen versicherten Person einzuholen ist. Ist eine solche Einwilligung erfolgt, sind die Zahnärzte zur Datenübermittlung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Anmerkung: Absatz 5 Satz 1

Der neu gefasste Gesetzesbefehl trägt dem Umstand Rechnung, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) die Arten der Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung und die zu verwendenden Behandlungsmittel nicht abschließend beschrieben sind. Deshalb wird anstelle des im Gesetzentwurf verwendeten Begriffs der im BEMA „abgebildeten" Leistungen, der Begriff „vergleichbar" verwendet. Auf diese Weise wird vermieden, dass im Abrechnungsbereich Kieferorthopädie für sämtliche Gebührenpositionen abschließende Festlegungen vorgenommen werden müssen. Dies wäre mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden und würde auch die Innovationsoffenheit des Leistungsbereichs gefährden. Soweit aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen im BEMA enthaltenen Leistungen und Mehrleistungen eine Konkretisierung der BEMA-Leistungen erforderlich ist, erfolgt diese gemäß Satz 5* (Anmerkung: jetzt Absatz 6) *durch den Bewertungsausschuss.

Anmerkung: Zu Absatz 7

Weiter wird der Gesetzesbefehl dahingehend ergänzt, dass für den Fall einer Mehrkostenversorgung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Patienten und Zahnarzt zu schließen ist, die eine transparente Aufstellung über die voraussichtlich entstehenden Kosten enthält. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung des Zahnarztes, zu jeder in Betracht kommenden Behandlungsalternative in Textform eine Darstellung mit Kostenaufstellung anzufertigen und auszuhändigen, wird verzichtet. Diese wäre mit einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand verbunden, ohne das individuelle Informationsbedürfnis des jeweiligen Patienten zu berücksichtigen.

§ 30 – weggefallen

§ 31

Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt

sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie **§ 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend**. [3] Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. [4] Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. [5] Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(1a) [1] Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. [2] Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. [3] Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. [4] Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. April 2018 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. [5] Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem 11. April 2017 erbracht wurden.

(2) [1] Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. [2] Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 3a und 3b. [3] Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. [4] Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. [5] Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(3) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. [2] Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. [3] Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zu Grunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. [5] Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. [6] Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) [1] Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. [2] Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(5) [1] Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische

Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. [3] § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. [4] In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. [5] Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. [6] Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 **in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung** entsprechend. [7] Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.

(6) [1] Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
   a) nicht zur Verfügung steht oder
   b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

[2] Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. [3] Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. [4] Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird mit einer bis zum 31. März 2022 laufenden nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Arzneimittel nach Satz 1 beauftragt. [5] Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form; über diese Übermittlung ist die oder der Versicherte vor Verordnung der Leistung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu informieren. [6] Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die nach Satz 5 übermittelten Daten nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Begleiterhebung verarbeiten und nutzen. [7] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts nach Satz 8 zu regeln. [8] Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleiterhebung nach Satz 4 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach der Übermittlung der Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichts das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. [9] Der Studienbericht wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen in Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 6 wie folgt:

Für die Versorgung mit Medizinprodukten und mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung soll es bei der bisherigen Rechtslage verbleiben, der zufolge entsprechende Lieferverträge der Krankenkassen, ihrer Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften weiterhin im Wege von Ausschreibungen vergeben werden können. Die negativen Auswirkungen von Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittel, die Anlass der Änderung der §§ 126 und 127 durch dieses Gesetz sind, haben sich bei Medizinprodukten und bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung nicht gezeigt.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 1 Satz 5 – GE – Anmerkung: entfallen durch den 14. Ausschuss
Mit diesem Gesetz wird in § 129 Absatz 5 die Möglichkeit der Krankenkassen, die Versorgung mit indivi-

duell in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten auch durch Verträge mit Apotheken sicherzustellen, gestrichen. Die Ergänzung dient der Klarstellung der Geltung der Apothekenwahlfreiheit der Versicherten auch bei Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 3 in der bis zur Verkündung dieses Gesetzes geltenden Fassung. Die Versorgung wird ab Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Artikel 7 Absatz 1 somit trotz geschlossener Verträge nicht mehr ausschließlich durch die Apotheken sichergestellt, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen Vertrag nach § 129 Absatz 5 Satz 3 in der bis zur Verkündung dieses Gesetzes geltenden Fassung geschlossen hat. Vielmehr können auch andere Apotheken Vergütungsansprüche gegenüber der jeweiligen Krankenkasse geltend machen, wenn sie die Versorgung mit von ihnen hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten für Versicherte dieser Krankenkasse vorgenommen haben. Auch bei Annahme der exklusiven Geltung der bislang geschlossenen Verträge (Bundessozialgericht, Urteil vom 25. November 2015, Az. B 3 KR 16/15 R) rechtfertigen überragende Gründe des Gemeinwohls die Regelung hinsichtlich der laufenden Verträge. Die Versorgung von krebskranken Patientinnen und Patienten baut auf einem besonders engen Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und dem behandelnden Arzt auf. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die an ihrer Versorgung beteiligten Heilberufe gut zusammenwirken, damit die ihnen zu verabreichenden parenteralen Zubereitungen therapiegerecht in der Arztpraxis zu Verfügung stehen. Eine möglichst friktionsfreie Versorgung der Arztpraxis mit in einer Apotheke hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren Anwendung beim Patienten hat eine hohe Bedeutung für die Versorgung der Versicherten, deren Gesundheit als hohes Gut zu schützen ist. Dem dient die Regelung. Angesichts der Betroffenheit des hohen Gutes der Gesundheit ist es nicht hinreichend, wenn nur künftig keine entsprechenden Verträge mehr geschlossen werden können. Ein milderes Mittel war nicht ersichtlich. Wirtschaftliche Aspekte müssen in der Abwägung zum Gesundheitsschutz zurückstehen; zumal die Einschränkung der Verträge auch nicht etwa einen Ausschluss der betroffenen Apotheken von der Versorgung bedeutet. Das deutliche Bekenntnis des Gesetzgebers zur Apothekenwahlfreiheit, das sich aus der Gesetzesbegründung bei Einführung des nun gestrichenen § 129 Absatz 5 Satz 3 ergab, führte im Übrigen zu Unklarheiten, was sich schon daran zeigt, dass die Regelung erst nach dem genannten Urteil praktische Bedeutung entfaltete. Inwieweit diese gesetzliche Änderung dazu führt, dass sich in den bereits geschlossenen Verträgen wegen des unter einer anderen Ausgangslage vereinbarten Verhältnisses von Leistung und Gegenleistung Anpassungsbedarf ergibt, ist von den Vertragspartnern zu beurteilen.
Zu Absatz 2 Satz 1
Mit der Neuregelung wird der Verweis auf die Festbetragsregelungen aktualisiert. Bis zum 27. Dezember 2010 fand sich in § 35a eine Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen und im Ausnahmefall Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen. Diese Regelung wurde gestrichen. § 35a regelt heute die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Verweis auf § 35a ist veraltet und daher zu streichen. In anderen Regelungen wird entsprechend stets nur auf § 35 verwiesen (vgl. §§ 92 Absatz 2 Satz 11, 130a Absatz 3a Satz 1).

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Der bisherige Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a (Absatz 1 Satz 5 – GE) *entfällt. Der bisherige Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b* (Absatz 2 Satz 1) *bleibt erhalten.*
Mit der vorgesehenen Änderung in § 129 Absatz 5, wonach die nach § 129 Absatz 5 Satz 3 in der bis zur Verkündung des vorliegenden Gesetzes geltenden Fassung geschlossenen Verträge mit Ablauf des letzten Tages des dritten auf das Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nach Artikel 7 Absatz 1 folgenden Kalendermonats unwirksam werden, erübrigt sich die Regelungsnotwendigkeit hinsichtlich Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a des Gesetzesentwurfs.

Begründung zum HHVG zum Einfügen von Absatz 1a:

Die Neuregelung enthält eine Legaldefinition für Verbandmittel. Hintergrund ist, dass es sich bei Verbandmitteln um spezielle Medizinprodukte handelt, die beispielsweise im Bereich der Wundversorgung eine zentrale Rolle spielen. Wunden können unterschiedliche Ursachen haben. Die Behandlung kann akute Wunden beispielsweise in Folge einer Verletzung aber auch chronische Wunden umfassen. Verbandmittel sind ein Teil einer je nach den Umständen zu gestaltenden umfassenden ärztlichen Wundbehandlung. Die fachgerechte Versorgung von Wunden ist ein wichtiger Aspekt der Krankenbehandlung. Die Versicherten bedürfen einer Wundbehandlung, die nachweislich dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht. Kosten für entsprechende Produkte werden von der GKV übernommen.
In den letzten Jahren sind zunehmend Produkte zur Förderung der Wundheilung auf den Markt gekommen. Die Vielfalt der Produkte auf dem Markt und die Zunahme von Produkten mit neuen Ansätzen zur Wundheilung führen in der Praxis zu einer zunehmenden Rechtsunsicherheit darüber, ob ein Produkt als Verbandmittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 anzusehen ist. Der G-BA hatte im Jahr 2008 in den tragenden Gründen zu einem Beschluss über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zur Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten konkrete Beispiele anhand des damaligen Marktes aufgeführt. Seitdem ist

der Markt aber vielfältiger geworden. Die Finanzierung der Produkte in der GKV erfolgt nicht einheitlich. Dies ist nicht sachgerecht, weshalb es einer gesetzlichen Regelung bedarf.

Der Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Voraussetzungen der Finanzierbarkeit durch die GKV für Verbandmittel wird mit einer Definition des Begriffes der Verbandmittel begegnet, die auch klarstellt, dass nicht jeder Gegenstand zur Wundbehandlung ein Verbandmittel im Sinne des SGB V ist. Gegenstände, die keine bedeckende oder aufsaugende Hauptwirkung haben, sind ohne ergänzende weitere Wirkung zur Wundheilung keine Verbandmittel, es sei denn, sie dienen der Anfertigung von Verbänden im Sinne der Vorschrift. Dies wird auch bereits am Wortlaut („verbinden") deutlich. Die Verbandmitteleigenschaft entfällt aber nicht, wenn der Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise indem er eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend bzw. antimikrobiell wirkt. Das Nähere zur Abgrenzung regelt der G-BA.

Ziel der Regelung ist es, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel Leistungen der GKV sind. Andere Gegenstände zur Wundbehandlung müssen sich hingegen dem Verfahren beim G-BA unterziehen, in dem für Medizinprodukte Wirksamkeitsnachweise erbracht werden müssen, damit sie zum Leistungsumfang der GKV gehören können. Ziel ist es zu gewährleisten, dass nur solche Produkte zur Anwendung kommen, die auch eine Verbesserung der Versorgung bewirken, und dass diese Gegenstände dann auch allen Versicherten in der GKV als Leistungen gewährt werden.

Entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch („verbinden") sind auch solche Gegenstände als Verbandmittel anzusehen, die von Ärztinnen und Ärzten oder medizinischem Hilfspersonal zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, verwendet werden (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 2006, Az. B 3 KR 28/05 R). Dazu gehören Produkte, die genutzt werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Merkmal der Einmaligkeit bezieht sich darauf, dass ein Verband jeweils individuell einmalig angefertigt wird, nicht auf das dafür genutzte Material, das gegebenenfalls mehrfach verwendet werden kann. Die Formulierung dient der Abgrenzung zu den Hilfsmitteln. Vom Leistungsumfang der GKV umfasst werden zudem auch Produkte, die zur Fixierung von Verbandmitteln dienen.

Gemäß Absatz 1 Satz 2 hat der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder Nummer 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden. Diese Regelung gilt entsprechend für sogenannte „verbandmittelähnliche" Produkte, die nicht unter die Definition nach Satz 1 fallen, aber nach Prüfung durch den G-BA wegen der medizinischen Notwendigkeit gleichwohl in die Versorgung einbezogen werden. Auf der Grundlage dieser Norm und der §§ 38 bis 41 des Vierten Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA sowie der §§ 27 bis 29 der AM-RL entscheidet der G-BA über die Aufnahme einzelner Medizinprodukte in Anlagen der AM-RL. Nur danach vom G-BA anerkannte „verbandmittelähnliche" Medizinprodukte werden Leistungen der GKV. Gemäß § 40 Absatz 1 des Vierten Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA ist die medizinische Notwendigkeit des Einsatzes eines Medizinproduktes anhand von Studien höchstmöglicher Evidenz und gegebenenfalls weiterer Literatur zu belegen.

Die Umsetzungsfrist für den G-BA ist so bemessen, dass die von der Regelung Betroffenen hinreichend Zeit haben, sich auf die Änderungen einzustellen. Dem dient auch die Regelung, dass bis zwölf Monate nach Inkrafttreten der Regelungen nach Satz 4 solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind, die vor Inkrafttreten dieses Absatzes erbracht wurden. Diese Übergangsregelung stellt auch sicher, dass durch die Änderung des Verfahrens keine Versorgungslücken auftreten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Es wird klargestellt, dass sich die Hauptwirkung des Aufsaugens auf Körperflüssigkeiten oberflächengeschädigter Körperteile bezieht. Inkontinenzartikel fallen nicht unter die Verbandmitteldefinition.

§ 31a

Medikationsplan

(1) [1] Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. [2] Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. [3] Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren.

(2) [1] In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind,
2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.

[2] Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen.

(3) [1] Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. [2] Auf Wunsch des Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. [3] Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung über den Anspruch nach Satz 1 hinaus gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie nach Satz 2 gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 erlaubt. [4] Die Aktualisierungen nach Satz 3 sind mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.

(4) [1] Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. [2] Den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. [4] Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. [5] Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den in den Sätzen 1 und 2 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [6] Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner innerhalb von zwei Wochen. [7] Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. [8] Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Satz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(5) [1] Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 erstmals bis zum 30. April 2017 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen der Apotheken einheitlich abgebildet und zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt werden können. [2] Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Kommt die erstmalige Fortschreibung nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 bis 8 entsprechend.

(6) Von den Regelungen dieser Vorschrift bleiben regionale Modellvorhaben nach § 63 unberührt.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 1

Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslosen Fristangabe zum erstmaligen Zeitpunkt, ab dem Versicherte Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser Anspruch besteht seitdem.

§ 32

Heilmittel

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. [2] Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.

(1a) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. [2] Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. [3] Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. [4] Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. [2] Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. [3] Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. [4] Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. [5] Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1a Satz 1 und das Anfügen von Absatz 1b wie folgt:

Zu Absatz 1a Satz 1
Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Fristablaufs. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dem Auftrag nachgekommen.
Zu Absatz 1b
Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 zu regelnde orientierende Behandlungsmenge überschreiten, nicht durchgeführt wird. Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

§ 33

Hilfsmittel

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. [2] Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. [3] Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von

Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. [4] Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. [5] Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. [6] **Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann.** [7] **Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen.** [8] **Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann.** [9] Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. [10] § 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.

(2) [1] Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. [2] Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie

1. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. [4] Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) [1] Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. [3] Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. [4] Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) [1] Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. [2] Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) [1] Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. [2] Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. [3] § 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.

(5b) [1] Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenen

Personal zu prüfen. [2] Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. [3] Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) [1] Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. [2] Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. [3] Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(9) Absatz 1 **Satz 6 [richtig ist: Satz 9]** gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 9
Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 6 bis 8
Durch diese Regelung erhalten Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte auf Grund seines körperlichen Zustandes beispielsweise bei Blutentnahmen und Injektionen auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Durch den Sicherheitsmechanismus wird die pflegende Person vor dem Risiko der Infizierung mit einer Krankheit geschützt. Dies ist insbesondere bei Diabetikern relevant, bei denen Pflegekräfte oder Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwertes sowie die Injektion des Insulins übernehmen.
Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel wie beispielsweise Lanzetten, Kanülen und Portnadeln werden dem Versicherten durch den behandelnden Arzt verordnet. Die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus sind in der Regel nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Somit sind sie nach geltender Rechtslage nicht verordnungsfähig. In der Folge müssen Arbeitgeber der Pflegekräfte zum Schutz ihrer Beschäftigten die verordneten Hilfsmittel gegen die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus austauschen, was zu einer unnötigen und kostenintensiven Doppelversorgung führt. Bei der Pflege durch Angehörige und andere private Pflegepersonen müssen die Pflegebedürftigen oder ihre Pflegepersonen die Kosten für die Sicherheitsinstrumente selbst tragen oder das Risiko einer Infektion eingehen, was nicht zumutbar ist.
Die Tätigkeiten, bei denen diese erhöhte Gefährdung vorliegt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Hilfsmittel-Richtlinie bis zum 31. Januar 2020 festzulegen. Dabei kann er sich unter anderem an den Regelungen der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe („TRBA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ – TRBA 250) orientieren, die unter Punkt 4.2.5 Absatz 4 Ziffern 1 bis 3 Tätigkeiten beziehungsweise Arbeitsbereiche benennt, bei denen Instrumente mit Sicherheitsmechanismus zu verwenden sind.
Zu Absatz 6 Satz 2 bis 4 – **aufgehoben**
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.
Zu Absatz 9
Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Begründung zum HHVG:

Anmerkung: siehe weitere Änderungen und Anfügen von Absatz 5b durch den 14. Ausschuss
Zu Absatz 1 Satz 5
Mit der Bezeichnung der in Absatz 1 Satz 5 aufgeführten Leistungen als „zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen“ wird im Wesentlichen eine Formulierung aus dem vierten Kapitel (§ 139 Absatz 2 Satz 3) übernommen und bereits im dritten Kapitel eingeführt, um sie auch in weiteren Vorschriften des Hilfsmittelrechts, insbesondere in § 127, verwenden zu können.
Zu Absatz 6 Satz 4 – **Anmerkung: aufgehoben durch TSVG**

In den Fällen, in denen die Krankenkasse im Rahmen einer Ausschreibung mehreren Leistungserbringern den Zuschlag für einen Vertrag nach § 127 Absatz 1 erteilt (sogenanntes „Mehr-Partner-Modell“, siehe den neuen § 127 Absatz 1 Satz 4 [richtig: Satz 5]*), können die Versicherten einen der Leistungserbringer frei auswählen.*

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen und das Anfügen von Absatz 5b wie folgt:

Zu Absatz 1
Zu Satz 2
Die Ergänzung stellt klar, dass Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel haben, die mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen. Dies gilt auch für Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sich aber hinsichtlich ihrer Funktion bzw. medizinischen Zweckbestimmung grundsätzlich einer Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses zuordnen lassen.
Sind Hilfsmittel nicht vom Hilfsmittelverzeichnis erfasst, greift die Regelung dagegen nicht. Damit ist sichergestellt, dass der Leistungsanspruch auf Hilfsmittel wie bisher auch Hilfsmittel umfasst, die keiner im Hilfsmittelverzeichnis bereits definierten Produktart zugeordnet werden können.
Zu Satz 5
Entspricht dem bisherigen Gesetzestext.
Zu Absatz 2 Satz 2
Unter Beibehaltung des grundsätzlichen Leistungsausschlusses bezüglich der Versorgung mit Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird die Ausnahmeklausel erweitert. Die bisherige Ausnahmeklausel, die ausschließlich auf die Sehbeeinträchtigung mit bestmöglicher Korrektur abstellt, hat den anspruchsberechtigten Personenkreis über das vom Gesetzgeber beabsichtigte Maß hinaus eingeschränkt. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az. B 3 KR 21/15 R).
Die Nummer 1 des § 33 Absatz 2 Satz 2 beinhaltet den Anspruch auf Sehhilfen, wenn bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 (Visus < 0,3) nach ICD 10-GM 2017 gegeben ist.
Die Nummer 2 erweitert den Anspruch auf Sehhilfen auch auf Versicherte, die schwere Sehbeeinträchtigungen aufweisen, aber mit häufig kostenaufwändigen Brillengläsern oder Kontaktgläsern einen Visus von 0,3 oder höher erreichen und deshalb nach der bisherigen Fassung des Gesetzes nicht anspruchsberechtigt sind.
Der zweite Halbsatz des § 33 Absatz 2 Satzes 2 entspricht der bereits bestehenden gesetzlichen Regelung zum Anspruch auf therapeutische Sehhilfen, der unverändert bleibt.
Zu Absatz 5b
Die Regelung dient der Klarstellung, dass die Krankenkassen ausschließlich den Medizinischen Dienst damit beauftragen können, ein beantragtes Hilfsmittel auf seine Erforderlichkeit zu prüfen, soweit die Krankenkassen diese Prüfung nicht mit eigenen weisungsgebundenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vornehmen können. Dabei umfasst die Prüfung neben der medizinischen Notwendigkeit auch die technische Eignung und Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels. Soweit in Einzelfällen die Hinzuziehung externer Expertise erforderlich ist, kann diese durch den Medizinischen Dienst gemäß § 279 Absatz 5 erfolgen. Hingegen ist die Beauftragung sogenannter externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen nicht zulässig.

§ 34

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) [1] Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. [3] Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht. [5] Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,

2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

[6] Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

[7] Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. [8] Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. [9] Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(2) – weggefallen

(3) [1] Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. [2] Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(4) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. [2] Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. [3] Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. [4] Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

(5) – weggefallen

(6) [1] Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. [2] Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. [3] Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. [5] Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. [6] Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. [7] Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

§ 35

Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. [2] In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,

2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. [3] Bei der Bildung von Gruppen nach Satz 1 soll bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten (Antibiotika) die Resistenzsituation berücksichtigt werden. [4] Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, können von der Bildung von Gruppen nach Satz 1 ausgenommen werden. [5] Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; insbesondere können altersgerechte Darreichungsformen für Kinder berücksichtigt werden. [6] Ausgenommen von den nach Satz 2 Nummer 2 und 3 gebildeten Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. [7] Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als Erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. [8] Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. [9] Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Absatz 3 Satz 1 entsprechend. [10] Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offenlegen. [11] Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

(1a) – aufgehoben

(1b) [1] Eine therapeutische Verbesserung nach Absatz 1 Satz 6 liegt vor, wenn das Arzneimittel einen therapierelevanten höheren Nutzen als andere Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe hat und deshalb als zweckmäßige Therapie regelmäßig oder auch für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den anderen Arzneimitteln dieser Gruppe vorzuziehen ist. [2] Bewertungen nach Satz 1 erfolgen für gemeinsame Anwendungsgebiete der Arzneimittel der Wirkstoffgruppe. [3] Ein höherer Nutzen nach Satz 1 kann auch eine Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrads therapierelevanter Nebenwirkungen sein. [4] Der Nachweis einer therapeutischen Verbesserung erfolgt auf Grund der Fachinformationen und durch Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, soweit diese Studien allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen Standards entspricht. [5] Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen. [6] Die Ergebnisse der Bewertung sind in der Begründung zu dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 fachlich und methodisch aufzubereiten, sodass die tragenden Gründe des Beschlusses nachvollziehbar sind. [7] Vor der Entscheidung sind die Sachverständigen nach Absatz 2 auch mündlich anzuhören. [8] Vorbehaltlich einer abweichenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses aus wichtigem Grund ist die Begründung des Beschlusses bekannt zu machen, sobald die Vorlage nach § 94 Abs. 1 erfolgt, spätestens jedoch mit Bekanntgabe des Beschlusses im Bundesanzeiger. [9] Ein Arzneimittel, das von einer Festbetragsgruppe freigestellt ist, weil es einen therapierelevanten höheren Nutzen nur für einen Teil der Patienten oder Indikationsbereiche des gemeinsamen Anwendungsgebietes nach Satz 1 hat, ist nur für diese Anwendungen wirtschaftlich; das Nähere ist in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu regeln.

(2) [1] Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. [2] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage

von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einheitliche Festbeträge für Verbandmittel festsetzen. [3] Für die Stellungnahmen der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) – weggefallen

(5) [1] Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. [2] Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. [3] Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. [4] Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen. [5] Dabei müssen mindestens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vomhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 160 nicht überschreiten. [6] Bei der Berechnung nach Satz 4 sind hochpreisige Packungen mit einem Anteil von weniger als 1 vom Hundert an den verordneten Packungen in der Festbetragsgruppe nicht zu berücksichtigen. [7] Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungsstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 zu Grunde zu legen.

(6) [1] Sofern zum Zeitpunkt der Anpassung des Festbetrags ein gültiger Beschluss nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt und tatsächlich Arzneimittel auf Grund dieses Beschlusses von der Zuzahlung freigestellt sind, soll der Festbetrag so angepasst werden, dass auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung gewährleistet werden kann. [2] In diesem Fall darf die Summe nach Absatz 5 Satz 5 den Wert von 100 nicht überschreiten, wenn zu erwarten ist, dass anderenfalls keine hinreichende Anzahl zuvor auf Grund von § 31 Absatz 3 Satz 4 von der Zuzahlung freigestellter Arzneimittel weiterhin freigestellt wird.

(7) [1] Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. [2] Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. [3] Ein Vorverfahren findet nicht statt. [4] Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 6, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 8 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.

(8) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel und übermittelt diese im Wege der Datenübertragung dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information zur abruffähigen Veröffentlichung im Internet. [2] Die Übersichten sind vierteljährlich zu aktualisieren.

(9) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen rechnet die nach Absatz 7 Satz 1 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel entsprechend den Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung in der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung um und macht die umgerechneten Festbeträge bis zum 30. Juni 2011 bekannt. [2] Für die Umrechnung ist die Einholung von Stellungnahmen Sachverständiger nicht erforderlich. [3] Die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2012 Anwendung.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Korrektur in Absatz 1b und Absatz 7 wie folgt:

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 35 Absatz 1b und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf § 35 Absatz 1 Satz 6 SGB V) und eines bereits länger bestehenden Verweisfehlers in § 35 Absatz 7 SGB V.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 1 Satz 3 und 4
Antibiotika sind unersetzlich bei der Behandlung bakterieller Infektionen. Ohne wirksame Antibiotika wäre der Behandlungserfolg in der ambulanten und stationären Therapie in vielen Fällen gefährdet. Krankheitserreger, die gegen Antibiotika resistent sind, treten jedoch vermehrt auf und breiten sich aus. Damit wer-

den Antibiotika-Resistenzen mehr und mehr zu einer Herausforderung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wenn Antibiotika nicht mehr wirken, können bislang gut heilbare Infektionen schwere Verläufe bis hin zum Tod nehmen.
Antibiotika mit bekannten Wirkstoffen leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Dabei werden für diese, soweit dies möglich ist, vom Gemeinsamen Bundesausschuss – wie auch für andere Arzneimittel – Festbetragsgruppen gebildet. Wenngleich Festbeträge zur Regulierung der Arzneimittelausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung ein bewährtes Mittel sind, werden vor dem Hintergrund der Bedeutung einer gezielten Antibiotikatherapie bei bakteriellen Infektionen und dem vermehrten Auftreten von Antibiotikaresistenzen Anpassungen für notwendig erachtet. Damit soll vor allem verhindert werden, dass sich pharmazeutische Unternehmer aus der Produktion von bewährten Antibiotika zurückziehen und sich dadurch die Therapiemöglichkeiten verringern. Deshalb soll der Gemeinsame Bundesausschuss in Zukunft bei der Bildung von Festbetragsgruppen von Arzneimitteln mit Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten (Antibiotika) die Resistenzsituation berücksichtigen. Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, können von der Festbetragsgruppenbildung ausgenommen werden. Auch kann eine Berücksichtigung durch die Bildung getrennter Festbetragsgruppen erfolgen. Das Nähere zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung nach § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1, die gemäß § 91 Absatz 4 Satz 2 der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf.
Zu Absatz 1a – aufgehoben
§ 35 Absatz 1a regelt die Bildung von Festbetragsgruppen mit ausschließlich patentgeschützten Wirkstoffen. Seit dem Inkrafttreten des AMNOG unterliegen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen einer Nutzenbewertung nach § 35a. Auf der Grundlage des vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgestellten Zusatznutzens wird ein Erstattungsbetrag vereinbart. Die Preisbildung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ist damit nicht mehr frei, sondern folgt dem belegten Zusatznutzen. Die Bildung von Festbetragsgruppen mit ausschließlich patentgeschützten Arzneimitteln ist damit nicht mehr erforderlich.
Zu Absatz 1b Satz 1
Durch die Einfügung von zwei [richtig: drei] *neuen Sätzen in Absatz 1 ändert sich die Nummerierung der Sätze, so dass der Verweis anzupassen ist. Der Verweis auf Absatz 1a ist nach dessen Wegfall entbehrlich und daher zu streichen.*
Zu Absatz 7 Satz 4
Durch die Einfügung von zwei [richtig: drei] *neuen Sätzen in Absatz 1 ändert sich die Nummerierung der Sätze, so dass der Verweis anzupassen ist. Der Verweis wird zudem aktualisiert.*

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
Zu Satz 3 und 4
Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.
Zu Satz 5
Ziel der Bildung von Festbetragsgruppen ist es, vergleichbare Arzneimittel anhand der Wirkstoffe in Gruppen zusammenzufassen, um so einen wirksamen Preiswettbewerb zu fördern. Wenngleich die Gruppenbildung auf der Ebene von Wirkstoffen erfolgt, setzt sich der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechend seines Auftrags aus § 92 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz zur Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten bei seinen Entscheidungen über Festbetragsgruppen auch mit den unterschiedlichen Darreichungsformen auseinander. So wird bei der Festbetragsgruppenbildung ausgewiesen, welche Darreichungsformen eines Wirkstoffes von einer Gruppe umfasst sind. Ob Festbetragsgruppen differenziert nach Darreichungsformen gebildet werden, hängt dabei insgesamt von der jeweiligen Markt- und Versorgungssituation ab. Nach dem bisherigen Satz 3 muss bereits jetzt gewährleistet werden, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. Dies umfasst auch bereits für Kinder altersgerechte Darreichungsformen. Durch die Ergänzung der Regelung wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dabei insbesondere auch den Aspekt der für Kinder altersgerechten Darreichungsformen berücksichtigen kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob eine entsprechende Notwendigkeit besteht.
Zu Satz 6
Der bisherige Satz 3 zweiter Halbsatz wird als eigener Satz gefasst. Es ergibt sich daraus keine Änderung zum bislang geltenden Recht.

*§ 35a

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. [2] Hierzu gehört insbesondere die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber

der zweckmäßigen Vergleichstherapie, des Ausmaßes des Zusatznutzens und seiner therapeutischen Bedeutung. [3] Die Nutzenbewertung erfolgt auf Grund von Nachweisen des pharmazeutischen Unternehmers, die er einschließlich aller von ihm durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen spätestens zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens sowie vier Wochen nach Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels an den Gemeinsamen Bundesausschuss elektronisch zu übermitteln hat, und die insbesondere folgende Angaben enthalten müssen:

1. zugelassene Anwendungsgebiete,
2. medizinischer Nutzen,
3. medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie,
4. Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht,
5. Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung,
6. Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung.

[4] Bei Arzneimitteln, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit Festbetragsarzneimitteln sind, ist der medizinische Zusatznutzen nach Satz 3 Nummer 3 als therapeutische Verbesserung entsprechend § 35 Absatz 1b Satz 1 bis 5 nachzuweisen. [5] Legt der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt. [6] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Verfahrensordnung, wann die Voraussetzungen nach Satz 5 vorliegen. [7] Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats das Nähere zur Nutzenbewertung. [8] Darin sind insbesondere festzulegen:

1. Anforderungen an die Übermittlung der Nachweise nach Satz 3,
2. Grundsätze für die Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und des Zusatznutzens, und dabei auch die Fälle, in denen zusätzliche Nachweise erforderlich sind, und die Voraussetzungen, unter denen Studien bestimmter Evidenzstufen zu verlangen sind; Grundlage sind die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie,
3. Verfahrensgrundsätze,
4. Grundsätze der Beratung nach Absatz 7,
5. die Veröffentlichung der Nachweise, die der Nutzenbewertung zu Grunde liegen, sowie
6. Übergangsregelungen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die bis zum 31. Juli 2011 erstmals in den Verkehr gebracht werden.

[9] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt weitere Einzelheiten erstmals innerhalb eines Monats nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung in seiner Verfahrensordnung. [10] Zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie kann er verlangen, dass der pharmazeutische Unternehmer Informationen zu den Anwendungsgebieten des Arzneimittels übermittelt, für die eine Zulassung beantragt wird. [11] Für Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden zugelassen sind, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt; Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 müssen nicht vorgelegt werden. [12] Übersteigt der Umsatz des Arzneimittels nach Satz 10 mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen einschließlich Umsatzsteuer in den letzten 12 Kalendermonaten einen Betrag von 50 Millionen Euro, hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 10 nachzuweisen. [13] Der Umsatz nach Satz 11 ist aufgrund der Angaben nach § 84 Absatz 5 Satz 4 zu ermitteln.

(1a) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 und das Arzneimittel von der Nutzenbewertung nach Absatz 3 auf Antrag freizustellen, wenn zu erwarten ist, dass den gesetzlichen Krankenkassen nur

geringfügige Ausgaben für das Arzneimittel entstehen werden. [2] Der pharmazeutische Unternehmer hat seinen Antrag entsprechend zu begründen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Freistellung befristen. [4] Ein Antrag auf Freistellung nach Satz 1 ist nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. [5] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(1b) Für folgende Arzneimittel besteht keine Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3:

1. für Arzneimittel, die nach § 34 Absatz 1 Satz 5 für versicherte Kinder und Jugendliche nicht von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen sind,
2. für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Absatz 1 Satz 6 von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen sind.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 und entscheidet, ob er die Nutzenbewertung selbst durchführt oder hiermit das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder Dritte beauftragt. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erhalten auf Verlangen Einsicht in die Zulassungsunterlagen bei der zuständigen Bundesoberbehörde. [3] Die Nutzenbewertung ist spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt für die Einreichung der Nachweise abzuschließen und im Internet zu veröffentlichen.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über die Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung. [2] § 92 Absatz 3a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass Gelegenheit auch zur mündlichen Stellungnahme zu geben ist. [3] Mit dem Beschluss wird insbesondere der Zusatznutzen des Arzneimittels festgestellt. [4] Die Geltung des Beschlusses über die Nutzenbewertung kann befristet werden. [5] Der Beschluss ist im Internet zu veröffentlichen. [6] Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; § 94 Absatz 1 gilt nicht. [7] **Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und die tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.**

(3a) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss veröffentlicht innerhalb eines Monats nach dem Beschluss nach Absatz 3 eine maschinenlesbare Fassung zu dem Beschluss, die zur Abbildung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 geeignet ist. [2] **Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Satz 1 zu regeln.** [3] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 2 in seiner Verfahrensordnung. [4] **Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 3 findet § 92 Absatz 3a mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.** [5] Zu den vor der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach **Satz 3** gefassten Beschlüssen nach Absatz 3 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss die maschinenlesbare Fassung nach Satz 1 innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach **Satz 3**.

(4) [1] Wurde für ein Arzneimittel nach Absatz 1 Satz 4 keine therapeutische Verbesserung festgestellt, ist es in dem Beschluss nach Absatz 3 in die Festbetragsgruppe nach § 35 Absatz 1 mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln einzuordnen. [2] § 35 Absatz 1b Satz 6 gilt entsprechend. [3] § 35 Absatz 1b Satz 7 und 8 sowie Absatz 2 gilt nicht.

(5) [1] Für ein Arzneimittel, für das ein Beschluss nach Absatz 3 vorliegt, kann der pharmazeutische Unternehmer eine erneute Nutzenbewertung beantragen, wenn er die Erforderlichkeit wegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachweist. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über diesen Antrag innerhalb von acht Wochen. [3] Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung die Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb von drei Monaten. [4] Die erneute Nutzenbewertung beginnt frühestens ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses nach Absatz 3. [5] Die Absätze 1 bis 4 und 5a bis 8 gelten entsprechend.

(5a) [1] Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3 keinen Zusatznutzen oder nach Absatz 4 keine therapeutische Verbesserung fest, hat er auf Verlangen des pharmazeutischen Unternehmers eine Bewertung nach § 35b oder nach § 139a Absatz 3 Nummer 5 in Auftrag zu geben, wenn der pharmazeutische Unternehmer die Kosten hierfür trägt. [2] Die Verpflichtung zur Festsetzung eines Festbetrags oder eines Erstattungsbetrags bleibt unberührt.

(5b) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann den für die Vorlage der erforderlichen Nachweise maßgeblichen Zeitpunkt auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmers abweichend von Absatz 1 Satz 3 bestimmen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten ab dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt die Zulassung von mindestens einem neuen Anwendungsgebiet zu erwarten ist. [2] Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte maßgebliche Zeitpunkt darf nicht mehr als sechs Monate nach dem maßgeblichen Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 3 liegen. [3] Der pharmazeutische Unternehmer hat den Antrag spätestens drei Monate vor dem maßgeblichen Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 3 zu stellen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag innerhalb von acht Wochen. [5] Er regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung. [6] § 130b Absatz 3a Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 3 bleiben unberührt.

(6) [1] Für ein Arzneimittel mit einem Wirkstoff, der kein neuer Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach Absatz 1 veranlassen, wenn für das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird. [2] Satz 1 gilt auch für Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, wenn für das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird. [3] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(7) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss berät den pharmazeutischen Unternehmer insbesondere zu vorzulegenden Unterlagen und Studien sowie zur Vergleichstherapie. [2] Er kann hierüber Vereinbarungen mit dem pharmazeutischen Unternehmer treffen. [3] Eine Beratung vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei oder zur Planung klinischer Prüfungen soll unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Paul-Ehrlich-Instituts stattfinden. [4] Der pharmazeutische Unternehmer erhält eine Niederschrift über das Beratungsgespräch. [5] Das Nähere einschließlich der Erstattung der für diese Beratung entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.

(8) [1] Eine gesonderte Klage gegen die Aufforderung zur Übermittlung der Nachweise nach Absatz 1, die Nutzenbewertung nach Absatz 2, den Beschluss nach Absatz 3 und die Einbeziehung eines Arzneimittels in eine Festbetragsgruppe nach Absatz 4 ist unzulässig. [2] § 35 Absatz 7 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.

***Begründung zum TSVG mit Wirkung vom 1. August 2019 (vgl. Artikel 17 Absatz 4):**

***Zu Absatz 3 Satz 7* – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss („Zusammenfassung" entfallen)**

Alle Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und damit auch Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 müssen der Öffentlichkeit transparent zur Verfügung stehen und werden deshalb auf seiner Internetseite veröffentlicht. Bereits jetzt veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss zu einzelnen Beschlüssen auch eine englische Übersetzung, um die Öffentlichkeit über die Beschlüsse zu informieren. Dies soll künftig regelhaft für alle Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 erfolgen. Deshalb wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, eine englische Übersetzung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Zusätzlich soll er eine Zusammenfassung der tragenden Gründe zu dem Beschluss erstellen und diese ebenfalls in die englische Sprache übersetzen und veröffentlichen. Dazu hat er einen Monat Zeit. Die englische Fassung des Beschlusses und der Zusammenfassung der tragenden Gründe entfalten keine normative Wirkung, sondern dienen lediglich der Information und sind nicht Bestandteil der Arzneimittelrichtlinie. Die Zusammenfassung der tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses soll sich auf die medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte konzentrieren jeweils zu den Kategorien Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Nebenwirkungen, sowie zusammenfassend zu dem Gesamtzusatznutzen je Patientengruppe. Die englische Übersetzung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Zusammenfassung der tragenden Gründe zu den jeweiligen Arzneimitteln ermöglicht es insbesondere anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die darin enthaltene Information auch im Rahmen der von ihnen durchgeführten nationalen Verfahren zur Gesundheitstechnologiebewertung zu verwenden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zur Überschrift
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderungen zu Absatz 3a.
***Zu Absatz 3 Satz 7 –* Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss**
Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses soll sowohl den Beschlusstext als auch die tragenden Gründe zum Beschluss in die englische Sprache übersetzen und veröffentlichen. Den Behörden und den interessierten Fachkreisen insbesondere der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sollte eine möglichst umfassende Information über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses in englischer Sprache zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch eine vollständige Begründung, anhand derer sich die Hintergründe für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nachvollziehen lassen.
Zu Absatz 3a
Zu Satz 1 bis 3
Die bisher in § 73 Absatz 9 Satz 2 geregelte Verordnungsermächtigung zur Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der maschinenlesbaren Fassung wird aus systematischen Gründen in Absatz 3a geregelt.
Die Änderungen in Satz 1 und 3 sind redaktionelle Folgeregelungen hierzu.
Zu Satz 4
Bei Anpassung der Verfahrensordnung an die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 und der Regelung des Näheren sind auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen in das Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 3 Satz 5 ff. – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen
Es wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Verordnungseinschränkung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung und damit zeitgleich beschließen kann, soweit ein Zusatznutzen nicht belegt ist und dies zur Sicherstellung der Versorgung für einzelne Patientengruppen erforderlich ist. Gleichzeitig werden Voraussetzungen konkretisiert, unter denen der Gemeinsame Bundesausschuss die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit beschließen kann.
In bestimmten Fällen kann es zur Sicherstellung der Versorgung bestimmter Patientengruppen sinnvoll und erforderlich sein, die Erstattungsfähigkeit einzuschränken, um den Vertragsparteien nach § 130b Absatz 1 Satz 1 die Möglichkeit zu geben, einen Erstattungsbetrag unter der Voraussetzung zu vereinbaren, dass das Arzneimittel nur für eine bestimmte Patientengruppe verordnet wird. Die Regelung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnungsfähigkeit in solchen Fällen zeitgleich mit einem Beschluss über die Nutzenbewertung einschränken kann. Die Regelung stellt zudem klar, dass eine Verordnungseinschränkung zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über den Zusatznutzen nur zulässig ist, soweit ein Zusatznutzen für Patienten(sub-)gruppen nicht belegt ist.
Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei die Erstattungsfähigkeit, auch für bestimmte Patientengruppen, von der Vereinbarung eines Erstattungsbetrags abhängig machen, der nicht höher ist als der Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Dies entspricht dem bisherigen Vorgehen in Einzelfällen und ermöglicht den Vertragspartnern bei der Vereinbarung des Erstattungsbetrags den je nach Höhe des vereinbarten Erstattungsbetrags unterschiedlich großen Patientenkreis zu berücksichtigen, für den das Arzneimittel verordnet werden kann.
Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag auf eine Verordnungseinschränkung nach Satz 5 stellen. In diesen Fällen prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob und für welche Patientengruppen die Verordnungseinschränkung zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist.
Zu Absatz 3a – **Anmerkung: Siehe Änderungen durch TSVG (die bisher in § 73 Absatz 9 Satz 2 geregelte Verordnungsermächtigung jetzt in Absatz 3a Satz 2)**
Seit dem 1. Januar 2011 bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss den Zusatznutzen neuer Arzneimittel. Die Feststellung des Zusatznutzens dient dem Zweck der Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b. Neben dem Ziel der Vereinbarung angemessener Preise für neue Arzneimittel, die den therapeutischen Zusatznutzen abbilden, war mit der Einführung der Nutzenbewertung in dieser Vorschrift durch das AMNOG auch eine Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung durch mehr Transparenz über den Zusatznutzen beabsichtigt. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist festzustellen, dass die Nutzenbewertung zu einer deutlichen Verbesserung der Transparenz über den Zusatznutzen von neuen Arzneimitteln beiträgt, das gewonnene Wissen jedoch noch nicht in zufriedenstellendem Ausmaß in der Versorgungspraxis ankommt. Es fehlt eine im Hinblick auf die Verwendbarkeit im Praxisalltag aufbereitete Darstellung der Beschlüsse.
Deshalb erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, seine Beschlüsse über die Nutzenbewertung so aufzubereiten, dass sie für Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag einfacher und schneller zugänglich

sind. Er erstellt hierzu künftig innerhalb eines Monats nach dem Beschluss nach Absatz 3 eine Fassung zu dem Beschluss, die zur Abbildung in elektronischen Programmen, die zur Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden, geeignet ist und die für die Verordnungsentscheidung relevanten Informationen aus der Nutzenbewertung enthält. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzten die im Rahmen der Nutzenbewertung gewonnen Informationen über das Arzneimittel, insbesondere im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie, einfach zugänglich zur Verfügung zu stellen. Dies entbindet Ärztinnen und Ärzte nicht von ihrer Pflicht, sich umfassend über die von ihnen verordneten Arzneimittel zu informieren. Es soll ihnen jedoch helfen, die für die jeweilige Therapiesituation indizierte Arzneimittelauswahl zu treffen. Zu den bereits vor der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach Satz 2 gefassten Beschlüssen nach Absatz 3 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss die maschinenlesbare Fassung innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach Satz 2.
Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 in seiner Verfahrensordnung. Er gibt den Fachkreisen Gelegenheit zur Stellungnahme bevor er erstmals Regelungen nach Satz 3 beschließt.
Zu Absatz 5
Bisher kann der pharmazeutische Unternehmer frühestens ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses nach Absatz 3 eine erneute Nutzenbewertung beantragen, wenn er die Erforderlichkeit wegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachweist. Die Jahresfrist ist grundsätzlich sachgerecht, um zu verhindern, dass jede, auch noch so kleine Änderung des Erkenntnisstands zu einer Neubewertung führt. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass in Einzelfällen neue wissenschaftliche Erkenntnisse mit Versorgungsrelevanz zum Zeitpunkt des Inverkehrbringens noch nicht vorlagen, aber binnen Jahresfrist zur Verfügung standen. Um dem Anliegen nach einer möglichst zügigen Bewertung neuer Evidenz Rechnung zu tragen, wird der Zeitraum zwischen dem Beschluss nach Absatz 3 und der Möglichkeit einer erneuten Nutzenbewertung verkürzt. Während bislang ein Antrag auf eine erneute Nutzenbewertung erst nach einem Jahr möglich ist, kann künftig bereits das Bewertungsverfahren zu diesem Zeitpunkt beginnen. Diese verkürzte Sperrfrist ist ausreichend, um zu verhindern, dass durch erneute Nutzenbewertungen in kurzen Abständen der Bewertungsprozess erschwert wird.
Zu Absatz 6
Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde die Rechtsgrundlage für die Bewertung von Arzneimitteln im sogenannten Bestandsmarkt aufgehoben. In bestimmten Fällen kann es jedoch sinnvoll und erforderlich sein, eine Nutzenbewertung für Arzneimittel mit Wirkstoffen durchzuführen, die schon in bereits vor dem 1. Januar 2011 erstmals in Verkehr gebrachten Arzneimitteln enthalten waren. Deshalb kann der Gemeinsame Bundesausschuss künftig für Arzneimittel mit Wirkstoffen, die keine neuen Wirkstoffe im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind oder wenn für das erstmalig mit dem Wirkstoff zugelassenen Arzneimittel noch Unterlagenschutz besteht, eine Nutzenbewertung nach Absatz 1 veranlassen, wenn für das Arzneimittel ein neuer Unterlagenschutz gilt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 6
Nach Satz 5 gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt, wenn der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorlegt. Künftig unterscheidet sich die Rechtsfolge in diesem Fall von den Fällen, in denen ein Zusatznutzen aufgrund der vollständig eingereichten Unterlagen nicht belegt werden kann. Gilt der Zusatznutzen nach Satz 5 als nicht belegt, ist nach dem im Gesetzentwurf angefügten § 130b Absatz 3 Satz 5 ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die nach § 35a Absatz 1 Satz 7 bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Mit dem neu eingefügten Satz 6 erhält der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit, die Begriffe „nicht vollständig“ und „nicht rechtzeitig“ in seiner Verfahrensordnung näher zu konkretisieren. So kann er festlegen, dass nur solche Fälle erfasst sein sollen, in denen ein wesentlicher Teil des Dossiers fehlt, nicht aber Fälle, in denen lediglich für die Bewertung unwesentliche Teile des Dossiers nicht übermittelt wurden. Er kann näher eingrenzen, welche Teile er für wesentlich hält. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei auch Bezug auf die Vorschriften zur Einreichung der Unterlagen in seiner Verfahrensordnung nehmen. Hinsichtlich des Zeitpunkts kann er beispielsweise festlegen, dass der pharmazeutische Unternehmer innerhalb einer angemessenen Frist fehlende Unterlagen nachreichen kann.
Zu Absatz 1a Satz 4
Mit dem neuen Satz 4 wird klargestellt, dass eine Freistellung von der Verpflichtung zur Übermittlung der zum Nachweis des Zusatznutzens erforderlichen Unterlagen nur vor dem erstmaligen Inverkehrbringen zulässig ist. Die Klarstellung entspricht der Verwaltungspraxis des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie ist erforderlich, da es in der Praxis zu Missverständnissen gekommen ist und dient der Rechtsklarheit. Die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, den pharmazeutischen Unternehmer unter bestimmten Voraussetzungen von der Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 freizustellen, wird vereinzelt dahingehend interpretiert, dass dies auch zu jedem der in Absatz 1 Satz 3 genannten Zeitpunkte möglich sein muss. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Die Möglichkeit zur Freistellung ist darin begründet, dass die zu erwartende wirtschaftliche Bedeutung dieser Arzneimittel für die gesetzliche Krankenversicherung nur geringfügig ist. Den pharmazeutischen Unternehmern soll der Aufwand für den Nachweis des Zusatznutzens nicht zugemutet werden, wenn zu erwarten ist, dass den gesetzlichen Krankenkassen nur geringfügige Ausgaben für das Arzneimittel entstehen werden. Dabei sind jedoch stets die gesamten den Krankenkassen für das Arzneimittel entstehenden Ausgaben zu betrachten. Es kann im Ergebnis keinen Unterschied machen, ob der Hersteller die Zulassung für alle von ihm angestrebten Anwendungsgebiete von Beginn an betreibt oder die Zulassung einzelner Anwendungsgebiete erst zu einem späteren Zeitpunkt beantragt.

Die Nutzenbewertung dient zudem als Grundlage für die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b. Erstattungsbeträge werden stets arzneimittelbezogen vereinbart. Sie spiegeln den Zusatznutzen des Arzneimittels mit allen seinen Anwendungsgebieten wider. Bei Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets für ein Arzneimittel, dessen Zusatznutzen bereits bewertet und für das ein Erstattungsbetrag vereinbart worden ist, wird der Zusatznutzen für das neue Anwendungsgebiet bewertet und im Anschluss ein neuer Erstattungsbetrag für das Arzneimittel unter Berücksichtigung des Zusatznutzens des Arzneimittels in allen Anwendungsgebieten vereinbart. Der Fall, dass für ein Arzneimittel ein Erstattungsbetrag besteht, der nur durch einen Teil der zugelassenen Anwendungsgebiete begründet wird, ist nicht vorgesehen. Zudem ist der Fall einer Freistellungsmöglichkeit auch bei der Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets für ein Arzneimittel, für das bereits ein Erstattungsbetrag vereinbart ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 1b

Bestimmte Arzneimittel sind nach § 34 grundsätzlich von der Versorgung ausgeschlossen, können jedoch für Kinder und Jugendliche unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Nach § 34 Absatz 1 Satz 5 i. V. m. § 34 Absatz 1 Satz 1 sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für versicherte Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht von der Versorgung ausgeschlossen. Mit der vorliegenden Regelung wird in Nummer 1 klargestellt, dass für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, auf die ausschließlich versicherte Kinder und Jugendliche nach § 34 Absatz 1 Satz 5 einen Anspruch haben, keine Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen zum Nachweis des Zusatznutzens nach Absatz 1 Satz 3 besteht. Nach § 34 Absatz 1 Satz 6 sind verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in bestimmten Anwendungsgebieten für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Versorgung ausgeschlossen. Diese Arzneimittel können mithin nur für Versicherte bis vor Vollendung des 18. Lebensjahres zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. In Nummer 2 wird vorliegend geregelt, dass auch für diese Arzneimittel keine Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen zum Nachweis des Zusatznutzens nach Absatz 1 Satz 3 besteht.

Zu Absatz 3 Satz 5 ff. – GE – Anmerkung: entfallen

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des Absatz 3 sollte der Klarstellung und Konkretisierung der Voraussetzungen dienen, unter denen der Gemeinsame Bundesausschuss eine Verordnungseinschränkung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung und damit zeitgleich beschließen kann. Im Rahmen der öffentlichen Anhörung wurde deutlich, dass die beabsichtigte Klarstellung und Konkretisierung aber vielmehr zu der unzutreffenden Annahme führen könnte, eine Verordnungseinschränkung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 sei grundsätzlich von einer Verordnungseinschränkung zum Zeitpunkt der Nutzenbewertung zu unterscheiden. Dies ist nicht der Fall.

Die ursprünglich vorgesehene Regelung ist entbehrlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann bereits nach § 92 Absatz 1 Satz 1 die Verordnung von Arzneimitteln wegen Unwirtschaftlichkeit einschränken oder ausschließen, wenn eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Diese Vorgaben sind ausreichend. Denn die Voraussetzungen für den Ausschluss der Verordnungsfähigkeit für einzelne Patientengruppen unterscheiden sich nicht grundsätzlich in Abhängigkeit davon, ob ein Arzneimittel vor oder nach dem 1. Januar 2011 erstmals in Verkehr gebracht wurde und ob also eine Nutzenbewertung nach § 35a erfolgt ist.

Liegt für ein Arzneimittel eine Nutzenbewertung vor und ist der Zusatznutzen nicht belegt, so ist regelhaft davon auszugehen, dass mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie eine Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen zur Verfügung steht.

Welche der beiden Therapien wirtschaftlicher ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über die Nutzenbewertung nicht abschließend beurteilen, weil dies maßgeblich von dem anschließend zu vereinbarenden Erstattungsbetrag abhängt. Zwar ist, wenn ein Zusatznutzen nicht belegt ist, nach § 130b Absatz 3 grundsätzlich ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Die konkrete Beurteilung im Einzelfall kann jedoch für verschiedene Patientengruppen oder Anwendungsgebiete unterschiedlich ausfallen, insbesondere wenn sich die durch die jeweilige zweckmäßige Vergleichstherapie entstehenden Jahrestherapiekosten für die einzelnen Patientengruppen unterscheiden.

Da dem Gemeinsamen Bundesausschuss also eine abschließende Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels, für das ein Zusatznutzen nicht belegt ist und das keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie zum Zeitpunkt der Nutzenbewertung nicht möglich ist, hat er, sofern er einen Verordnungsausschluss oder eine Verordnungseinschränkung für

erforderlich hält, diesen an die Bedingung zu knüpfen, dass den Krankenkassen höhere Ausgaben entstehen als für die zweckmäßige Vergleichstherapie. So ist in der Vergangenheit bereits verfahren worden. Da § 92 Absatz 1 Satz 1 keinerlei Vorgaben zum möglichen Zeitpunkt einer Beschlussfassung macht und das geltende Recht auch sonst keine einschränkenden Regelungen hinsichtlich des Zeitpunkts eines solchen Beschlusses kennt, ist es dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht versagt, einen Beschluss über eine Verordnungseinschränkung zeitgleich mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung zu fassen.

Zu Absatz 5b

Für die Übergangsregelung in § 35a Absatz 5b zur erneuten Nutzenbewertung für bis zum 31. Dezember 2012 veröffentlichte Beschlüsse besteht kein Anwendungsbereich mehr. Die Regelung kann daher gestrichen werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann künftig den Zeitpunkt für die Vorlage der zum Nachweis des Zusatznutzens erforderlichen Unterlagen abweichend von Absatz 1 Satz 3 bestimmen. Unter der Voraussetzung, dass die Zulassung mindestens eines neuen Anwendungsgebietes innerhalb von sechs Monaten ab dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt für die Einreichung der Unterlagen zu erwarten ist und der pharmazeutische Unternehmer einen Antrag stellt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss den maßgeblichen Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 3 um bis zu sechs Monate verschieben. Der pharmazeutische Unternehmer hat den Antrag spätestens drei Monate vor dem maßgeblichen Zeitpunkt, dessen Änderung er begehrt, zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag innerhalb von acht Wochen und teilt dem pharmazeutischen Unternehmer den Zeitpunkt für die Vorlage der erforderlichen Unterlagen mit.

Die Regelung ermöglicht die Bündelung von mehreren Bewertungsverfahren zu einem Wirkstoff und trägt damit zu einer Erhöhung der Verfahrenseffizienz sowohl bei der Nutzenbewertung als auch bei der anschließenden Vereinbarung des Erstattungsbetrags bei.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung. So kann er dort unter anderem Vorgaben zu den Unterlagen machen, die ein pharmazeutischer Unternehmer vorzulegen hat, um plausibel zu begründen, dass innerhalb von sechs Monaten mit einem erneuten Bewertungsverfahren zu rechnen ist.

Die Geltung des Erstattungsbetrags ab dem 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen beziehungsweise nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets wird nicht berührt. Der Differenzbetrag zwischen dem Erstattungsbetrag und dem tatsächlichen Abgabepreis ist für den Zeitraum ab dem 13. Monat nach dem maßgeblichen Zeitpunkt nach § 35a Absatz 1 Satz 3 bis zur tatsächlichen Abgabe zum Erstattungsbetrag vom pharmazeutischen Unternehmer auszugleichen.

Zu Absatz 6 Satz 2

Die Änderung in Satz 2 dient der Klarstellung des Gewollten. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann eine Nutzenbewertung veranlassen, wenn eine neue Zulassung mit einem neuen Unterlagenschutz erteilt wird. Dies soll unabhängig davon gelten, ob der in dem Arzneimittel enthaltene Wirkstoff ein neuer Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist oder nicht.

§ 35b

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt auf Grund eines Antrags nach § 130b Absatz 8 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung. [2] In dem Auftrag ist insbesondere festzulegen, für welche zweckmäßige Vergleichstherapie und Patientengruppen die Bewertung erfolgen soll sowie welcher Zeitraum, welche Art von Nutzen und Kosten und welches Maß für den Gesamtnutzen bei der Bewertung zu berücksichtigen sind; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung; für die Auftragserteilung gilt § 92 Absatz 3a entsprechend mit der Maßgabe, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch eine mündliche Anhörung durchführt. [3] Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten; Basis für die Bewertung sind die Ergebnisse klinischer Studien sowie derjenigen Versorgungsstudien, die mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 vereinbart wurden oder die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmens anerkennt; § 35a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. [4] Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden. [5] Das

Institut bestimmt auftragsbezogen über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie. [6] Das Institut gewährleistet vor Abschluss von Bewertungen hohe Verfahrenstransparenz und eine angemessene Beteiligung der in § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 5 Genannten. [7] Das Institut veröffentlicht die jeweiligen Methoden und Kriterien im Internet.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer Versorgungsstudien und die darin zu behandelnden Schwerpunkte vereinbaren. [2] Die Frist zur Vorlage dieser Studien bemisst sich nach der Indikation und dem nötigen Zeitraum zur Bereitstellung valider Daten; sie soll drei Jahre nicht überschreiten. [3] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. [4] Die Studien sind auf Kosten des pharmazeutischen Unternehmers bevorzugt in Deutschland durchzuführen.

(3) [1] Auf Grundlage der Kosten-Nutzen-Bewertung nach Absatz 1 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss über die Kosten-Nutzen-Bewertung und veröffentlicht den Beschluss im Internet. [2] § 92 Absatz 3a gilt entsprechend. [3] Mit dem Beschluss werden insbesondere der Zusatznutzen sowie die Therapiekosten bei Anwendung des jeweiligen Arzneimittels festgestellt. [4] Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; der Beschluss kann auch Therapiehinweise nach § 92 Absatz 2 enthalten. [5] § 94 Absatz 1 gilt nicht.

(4) [1] Gesonderte Klagen gegen den Auftrag nach Absatz 1 Satz 1 oder die Bewertung nach Absatz 1 Satz 3 sind unzulässig. [2] Klagen gegen eine Feststellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses nach Absatz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 35c

Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln

(1) [1] Für die Abgabe von Bewertungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, beruft das Bundesministerium für Gesundheit Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann. [2] Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. [3] Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. [5] Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragen. [6] Die Bewertungen werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung zur Beschlussfassung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zugeleitet. [7] Bewertungen sollen nur mit Zustimmung der betroffenen pharmazeutischen Unternehmer erstellt werden. [8] Gesonderte Klagen gegen diese Bewertungen sind unzulässig.

(2) [1] Außerhalb des Anwendungsbereichs des Absatzes 1 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in klinischen Studien, sofern hierdurch eine therapierelevante Verbesserung der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist, damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen, die Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung nach den §§ 116b und 117 teilnimmt und der Gemeinsame Bundesausschuss der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht. [2] Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist ausgeschlossen, sofern das Arzneimittel auf Grund arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos bereitzustellen ist. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mindestens zehn Wochen vor dem Beginn der Arzneimittelverordnung zu informieren; er kann innerhalb von acht Wochen nach Eingang der Mitteilung widersprechen, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind. [4] Das Nähere,

auch zu den Nachweisen und Informationspflichten, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. [5] Leisten Studien nach Satz 1 für die Erweiterung einer Zulassung einen entscheidenden Beitrag, hat der pharmazeutische Unternehmer den Krankenkassen die Verordnungskosten zu erstatten. [6] Dies gilt auch für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach europäischem Recht.

§ 36

Festbeträge für Hilfsmittel

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden.[2] Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. [3] Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. [2] Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. [3] Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

(3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 3
Die Berechtigung zur Stellungnahme vor Entscheidungen im Hilfsmittelbereich ist grundsätzlich auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene beschränkt. Die Eingrenzung dient der Praktikabilität der Regelung.

§ 37

Häusliche Krankenpflege

(1) [1] Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. [2] § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. [3] Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. [4] Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. [5] In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) [1] Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. [2] Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) [1] Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. [2] § 10 der

Werkstättenverordnung bleibt unberührt. [3] Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. [4] Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. [5] Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. [6] Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. [7] Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 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. [8] Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(2a) [1] **Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.** [2] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen.** [3] **Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.**

(2b) [1] Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. [2] Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. [3] § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. [2] Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 2a

Die Schaffung von ca. 13 000 neuen Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Abwicklung erfolgt über eine Umlage, die der GKV-Spitzenverband bei seinen Mitgliedskassen erhebt. Die dadurch generierten Mittel werden dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen zur Verfügung gestellt. Der Betrag von 640 Millionen Euro errechnet sich bei Zugrundelegung von durchschnittlich 50 000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Die Höhe der jeweils von den Krankenkassen zu zahlenden Umlage bemisst sich nach ihrer Versichertenzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten der GKV.

Die Aufwendungen der Krankenkassen zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der

Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches sind als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigen. Bei der Umlage je Versicherten handelt es sich um versichertenbezogen erfassbare Ausgaben.

Es ist Aufgabe der Pflegeversicherung sicherzustellen, dass die von der GKV zur Verfügung gestellten Mittel auch tatsächlich entsprechend ihrer Zweckbindung eingesetzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt hierzu jährlich nach § 8 Absatz 6 SGB XI einen Bericht. Die Einzelheiten zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband zugleich als Spitzenverband der Pflegekassen.

Zu Absatz 2b

***Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.* – Anmerkung: bisheriger Absatz 2a wird 2b**

Begründung zum HHVG zum Anfügen von Absatz 7:

Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss („bestehende Therapieangebote“)

Nach § 37 Absatz 7 Satz 1 regelt der G-BA in Richtlinien nach § 92, hier in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Der G-BA hat dabei den Besonderheiten der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden Rechnung zu tragen.

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in entsprechend spezialisierten Einrichtungen erfolgen. Es wird daher klargestellt, dass die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden auch außerhalb der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten, nämlich in solchen auf die Versorgung dieser Art von Wunden spezialisierten Einrichtungen, erfolgen kann. Das Nähere über die Eignung dieser Leistungserbringer ist zwischen den Partnern der nach § 132a Absatz 1 abzuschließenden Rahmenempfehlungen zu vereinbaren (vgl. Ergänzung des § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1, die vorsieht, dass in den Rahmenempfehlungen künftig auch Regelungen zu den Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7 zu treffen sind).

Die Regelungen zur unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten nach § 128 Absatz 1 bis 3 gelten nach dem neu eingefügten § 128 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf unzulässige Zuwendungen in Form der Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder der Beteiligung an den Kosten hierfür (§ 128 Absatz 2 Satz 3) sowie im Hinblick auf die Abgabe von Verbandmitteln über Depots bei Vertragsärzten (§ 128 Absatz 1 Satz 1).

Die Öffnung des Leistungsortes in § 37 wird nur moderat vorgenommen, ohne das dort verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Mit der Öffnung des Leistungsortes soll es entsprechenden Einrichtungen, die auf die pflegerische Versorgung von chronischen Wunden spezialisiert sind, ermöglicht werden,die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) im Bereich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in den Einrichtungen zu erbringen.

Mit der Änderung wird die Wundversorgung in der GKV gestärkt. Wunden können unterschiedliche Ursachen haben und sowohl akut in Folge einer Verletzung als auch in chronischer Form auftreten. In Deutschland leben drei bis vier Millionen Menschen mit chronischen Wunden. Diese sind häufig die Folge von Gefäßerkrankungen, Diabetes, Bettlägerigkeit, postoperativen Wundheilungsstörungen sowie schweren traumatischen Verletzungen. Vor allem ältere Patientinnen und Patienten sind häufiger betroffen.

Versicherte bedürfen einer Wundbehandlung, die dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht und individuell angepasst ist. Der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kommt insoweit eine besondere Bedeutung zu. Sie erfordert ein hohes Maß an fachlicher und vor allem auch hygienischer Kompetenz. Dem trägt die vorliegende Änderung Rechnung, indem der G-BA dies in seiner Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege zu regeln hat. Dies spiegelt insbesondere die aktuellen Entwicklungen in der Wundversorgung wider. Die Krankenkassen haben auf eine möglichst flächendeckende Versorgung hinzuwirken. Dabei dient die Stärkung der ambulanten Wundversorgung der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Vor allem älteren Patientinnen und Patienten soll ermöglicht werden, länger in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben.

In diesem Zusammenhang sind auch neue Wege der Versorgung zu berücksichtigen. Im Bereich der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden gibt es gute funktionierende Modelle. So können im Einzelfall beispielsweise spezialisierte Einrichtungen wie Wundzentren, in denen eine besondere Versorgung angeboten wird, geeignet sein, diesen besonderen Versorgungsbedarf zu decken. Aber auch ambulante Pflegedienste, die sich auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden spezialisiert haben, können diese Leistungen erbringen.

Der 14. Ausschuss begründet die Ergänzung wie folgt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei dem Beschluss der Richtlinien zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden die bereits existierende Breite des vorhandenen Therapieangebots berücksichtigen. Damit soll eine Versorgung der Patientinnen und Patienten durch etablierte und bewährte Methoden weiterhin sichergestellt werden.

§ 37a

Soziotherapie

(1) [1] Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. [2] Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. [3] Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 37b

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) [1] Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. [2] Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. [3] Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. [4] Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. [5] Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. [6] Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) [1] Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. [2] Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(4) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. [2] Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4 Satz 1
Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe, die die (erfolgte) erstmalige Vorlage des Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bis zum 31. Dezember 2017 vorsah. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

§ 38

Haushaltshilfe

(1) [1] Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. [2] Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. [3] Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. [4] Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. [5] Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

(2) [1] Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. [2] Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) [1] Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. [2] Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 39

Krankenhausbehandlung

(1) [1] Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. [2] Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder

die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. [3] Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. [4] Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. [5] Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

(1a) [1] Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [2] § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. [3] Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. [4] § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. [5] Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. [6] **Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch.** [7] Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 **und 12** genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. [8] Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). [9] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer **6, 7 und 12** die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach Satz 7. [10] **Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag.** [11] **Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** [12] Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [13] Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. [14] Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. [15] Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). [2] Dabei sind die Entgelte so

zusammenzustellen, dass sie miteinander verglichen werden können. [3] Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. [2] Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1a Satz 10 und 11

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 39 Absatz 1a (Rahmenvertrag Entlassmanagement der Krankenhäuser) aufgrund der Vereinheitlichung der Konfliktlösung durch die Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Gegenstand der Regelung ist hier eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten.

Die bisherige Konfliktlösung bei § 39 Absatz 1a in Verbindung mit § 118a Absatz 2 Satz 2 führte zu Unklarheiten und zu einer unausgeglichenen Berücksichtigung der Interessen der Vertragsparteien. Dadurch war im Rahmen des Schiedsverfahrens nicht ausgeschlossen, dass es zu einer Entscheidung kommen konnte, für die die Stimmen der unparteiischen Mitglieder nicht relevant gewesen wären. Zudem bestand die Gefahr, dass die Umsetzung notwendiger Vereinbarungen durch die Erhebung einer Klage verzögert werden konnte.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich im Kontext von § 39 Absatz 1a um drei gleichberechtigte Vertragspartner handelt, ist die ungleiche Besetzung und Vertretung der Vertragspartner nicht gerechtfertigt. Durch die Übertragung der Konfliktlösung auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium werden Rechtsunsicherheiten insbesondere hinsichtlich des Verfahrens, des Beschlusses, der Aufsicht und des Rechtsschutzes beseitigt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 6

Die Änderung stellt klar, dass die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nicht nur verpflichtet sind, bei Bedarf die im neuen Satz 7 genannten Leistungen zu verordnen. Vielmehr umfasst das Entlassmanagement auch, Versicherte bei der Veranlassung und Beantragung weiterer Leistungen zu unterstützen, die nach einer Krankenhausbehandlung erforderlich werden können. Hierzu zählen insbesondere die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, die Haushaltshilfe nach § 38 und die Kurzzeitpflege nach § 39c. Die Änderung stellt zugleich klar, dass das Entlassmanagement auch alle für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlichen Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch umfasst.

Zu Satz 7 und 9

Medizinisch notwendige Krankentransporte nach stationärer Behandlung sind nicht von der Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a umfasst, sondern können nur von Vertragsärztinnen und -ärzten verordnet werden. Zum Zeitpunkt der Verordnung des Krankentransports durch den Vertragsarzt ist jedoch weder eine verlässliche Aussage über die medizinische Erfordernis eines Krankentransports nach der Krankenhausbehandlung möglich, noch ist das Entlassungsdatum bekannt. Somit kann die Verordnung einer Rückfahrt vom Krankenhaus oftmals nicht vorab durch den Vertragsarzt erfolgen. Aufgrund der fehlenden Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser kann für viele Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus keine Rückfahrt erfolgen, selbst wenn diese medizinisch indiziert ist. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wird für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a eine Verordnungsbefugnis für Krankentransporte nach der Krankenhausbehandlung geschaffen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Änderung in Absatz 1a Satz 7 wie folgt:

Mit der Regelung wird die Verwendung der Arztnummer der in den nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V aus dem künftigen Verzeichnis für das Entlassmanagement vorgeschrieben. Bis dieses Verzeichnis den Vertragspartnern zur Verfügung steht, gilt eine im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement vereinbarte Übergangsregelung, die eine alternative Kennzeichnung zur Identifikation der handelnden Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

§ 39a

Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) [1] Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. [2] Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent. [3] Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. [5] Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen und in Erwachsenenhospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. [6] In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. [7] Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. [8] Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. [9] In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen. [10] Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [11] In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. [12] Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. [13] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) [1] Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. [3] Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

[4] Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. [5] Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten. [6] Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. [7] Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 13 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personal- und Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. [8] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität

und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. [9] Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches ausreichend Rechnung zu tragen. [10] Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. [11] Die Vereinbarung ist mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. [12] Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 8 und Absatz 2 Satz 11
Bereinigung gegenstandslos gewordener Fristangaben, die die (umgesetzte) erstmalige Anpassung der Rahmenvereinbarungen zu Hospizen und Hospizdiensten an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen bis zum 31. Dezember 2016 vorsahen. Die Pflicht zur Anpassung der Rahmenvereinbarungen mindestens alle vier Jahre bleibt bestehen.

§ 39b

Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. [2] Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. [3] Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsinanspruchnahme. [4] Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. [5] Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. [6] Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. [7] Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. [8] Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. [9] Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.

(2) [1] Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Nähere zu Form und Inhalt der Informationen und berücksichtigt dabei das Informationsmaterial und die Formulierungshilfen anderer öffentlicher Stellen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 2
Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe, die die (umgesetzte) erstmalige Regelung des GKVSpitzenverbandes zu Form und Inhalt der allgemeinen Information der Versicherten durch die Krankenkassen über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase (insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung) bis zum 30. Juni 2016 vorsah. Die Regelungskompetenz des GKVSpitzenverbandes bleibt in der Sache bestehen.

§ 39c

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

[1] Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt,

nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. [2] Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. [3] Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von Satz 4 wie folgt:

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung durch Aufhebung einer durch Erledigung gegenstandslos gewordenen Berichtspflicht zur Kurzzeitpflege.

§ 40

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) [1] Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. [2] Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) [1] **Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.** [2] **Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht.** [3] **Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.** [4] Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind. [5] Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. [6] § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. [7] **Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.** [8] **Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.** [9] **Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.**

(3) [1] Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. [2] **Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.** [3] **Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Kranken-**

kasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. [4] Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. [5] **Satz 4** gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. [6] Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. [7] § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. [8] Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. [9] **Satz 8** gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der §§ 14, 15a, 17 und 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) [1] Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. [2] Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. [2] Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. [3] Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. [2] Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 6 und Anfügen von Satz 7 bis 9
Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 40 Absatz 2 (Rahmenvertrag Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen) aufgrund der Vereinheitlichung der Konfliktlösung durch die Einführung einer sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Gegenstand der Regelung ist hier eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt ein neuer Rahmenvertrag bis zum Ende der Vereinbarungszeit nicht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Dazu wird das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene ausnahmsweise anstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene besetzt, die dafür zwei Vertreter und zwei Stellvertreter bestellen.
***Zu Absatz 3 Satz 10* – aufgehoben**
Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 hat die Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle zu be-

richten, in denen sie für pflegebedürftige Versicherte nach § 40 Absatz 3 Satz 6 Zahlungen an die Pflegekasse leisten musste, weil für diese Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Da nur sehr wenige Fälle gemeldet wurden (nach Berichten des Bundesversicherungsamtes für das Jahr 2009 sechs Fälle und für die Jahre 2010 bis 2016 vier weitere Fälle), wird die Berichtspflicht aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus gestrichen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2 und 3
Bei den Änderungen des § 40 Absatz 2 und 3 wird die Satzzählung entsprechend der neuen Rechtslage, die seit dem 1. Januar 2019 aufgrund der durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) (PpSG) vorgenommenen Änderungen besteht, angepasst.
Der Änderungsbefehl entspricht dem Gesetzentwurf mit Ausnahme der Streichung der Verweiskorrektur in § 40 Absatz 2 auf den § 39 Absatz 1a, die wegen der vorrangigen Sonderregelung im Gesetzentwurf für das Schiedsverfahren zum Entlassmanagement bei stationärer Rehabilitation nicht erforderlich ist.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 2 Satz 1 bis 3
Pflegende Angehörige leisten oftmals schwierige und lange andauernde Pflege. Der Erhalt ihrer Gesundheit ist für die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen von großer Bedeutung. Durch die Pflegesituation kann es für pflegende Angehörige schwierig sein, ambulante Leistungen der Krankenbehandlung und Rehabilitation in den regulären Tagesablauf zu integrieren und sie regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Durch die Änderung erhalten pflegende Angehörige deshalb einen eigenständigen Leistungsanspruch. Dadurch wird es ihnen ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung bei Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sein müssen oder vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen sind. In einer stationären Rehabilitation können bestehende Gesundheitsprobleme auch unter Berücksichtigung einer belastenden Pflegesituation umfassend behandelt werden.
Durch die redaktionelle Änderung wird der zweite Halbsatz von Satz 1 gestrichen, der die Leistungserbringung einer stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a ermöglicht. Diese Regelung wird in den neuen Satz 3 aufgenommen.
In Satz 2 wird geregelt, dass die Krankenkasse stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1 erbringt. Nach Absatz 1 erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Absatz 2 genannten Ziele, wie die Abwendung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, zu erreichen. Nach dem Prinzip der gestuften Regelversorgung besteht ein Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen nach Absatz 1 nur dann, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen. Nach Absatz 2 Satz 1 gehen ambulante Rehabilitationsleistungen wiederum stationären Rehabilitationsleistungen vor. Dieses Stufenverhältnis soll für pflegende Angehörige nicht mehr gelten, da ambulante Leistungen wegen der Pflegetätigkeit oftmals nur schwer in Anspruch genommen werden können und den besonderen Belastungen pflegender Angehöriger häufig nicht gerecht werden. Pflegende Angehörige erhalten deshalb stattdessen einen eigenständigen Anspruch auf stationäre Leistungen zur Rehabilitation. Der Anspruch hat nach Satz 2 durch den fehlenden Verweis auf Absatz 1 nicht mehr zur Voraussetzung, dass eine ambulante Krankenbehandlung oder eine ambulante Rehabilitation durchgeführt worden sind. Die von der Krankenkasse nach Absatz 3 Satz 1 zu treffende Genehmigung einer ärztlich verordneten stationären Rehabilitation kann deshalb von der Krankenkasse nicht mehr mit der Begründung abgelehnt werden, dass ambulante Leistungen am Wohnort ausreichen würden.
Seit dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sind die Krankenkassen bereits nach Absatz 3 Satz 1 verpflichtet, die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei ihrer Entscheidung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Um die tatsächliche Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch pflegende Angehörige zu erleichtern, wurde in § 42 Absatz 4 SGB XI geregelt, dass ein Anspruch auf Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen auch besteht, wenn der Pflegebedürftige (mit) in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI hat. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen in räumlicher Nähe zu den pflegenden Angehörigen versorgt werden können und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhalten.
Rehabilitationsleistungen werden nach Absatz 4 von den Krankenkassen nur erbracht, wenn sie nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften nicht erbracht werden können. Für den hier betroffenen Personenkreis der pflegenden Angehörigen ergeben sich insoweit

keine Änderungen, d. h., dass beispielsweise für abhängig beschäftigte pflegende Angehörige auch weiterhin die gesetzliche Rentenversicherung vorrangig zuständiger Träger für medizinische Rehabilitationsleistungen bleibt. Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es bereits bisher keine Regelung, nach der ambulante Leistungen vorrangig zu erbringen sind.
Zu Absatz 3
***Zu Satz 2 und 3* – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (das Kostenerstattungsverfahren ist entfallen)**
Nach Absatz 3 Satz 1 hat die Krankenkasse schon bisher bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung wird die Krankenkasse bei pflegenden Angehörigen zusätzlich verpflichtet, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse erforderliche Feststellungen für Leistungen zur Versorgung der Pflegebedürftigen an. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen nach den Vorschriften des Elften Buches und die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse ihre Aufwendungen. Damit soll der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden, um pflegende Angehörige von der Aufgabe zu entlasten, die eigene Rehabilitation mit der zeitgleichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu koordinieren.
***Zu Satz 5, 9 und 10* – Anmerkung: Satz 10 aufgehoben durch TSVG**
Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen in Absatz 3 Satz 2 und 3 wie folgt:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass bei einer stationären medizinischen Rehabilitation pflegender Angehöriger die Krankenkasse zusätzlich verpflichtet wird, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen und – mit nachträglicher Erstattung durch die Pflegekasse – zu erbringen, wird geändert. Es werden zwei Fallgestaltungen unterschieden: Wenn die Pflegebedürftigen in der Einrichtung versorgt werden sollen, die auch die Rehabilitation für die pflegenden Angehörigen erbringt, umfasst der Anspruch der pflegenden Angehörigen gegen ihre Krankenkasse auch die Mitaufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen. Insoweit handelt es sich neben der Regelung in § 11 Absatz 3 um einen weiteren Fall einer Mitaufnahme einer weiteren Person in derselben Einrichtung, in der der Versicherte stationär behandelt wird. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Bei dieser Alternative entscheidet die Pflegekasse der Pflegebedürftigen über die Pflegeleistungen, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind, nach den für sie geltenden Vorschriften. Wenn pflegende Angehörige dies wünschen und die Pflegebedürftigen einwilligen, ist die Krankenkasse der pflegenden Angehörigen verpflichtet, das Bewilligungsverfahren zur Rehabilitationsleistung mit dem Antragsverfahren bei der Pflegekasse der Pflegebedürftigen zu koordinieren. Pflegende Angehörige sollen so davon entlastet werden, sich um die gleichzeitige Unterbringung der Pflegebedürftigen kümmern zu müssen. Gleichzeitig bleibt die Feststellung von Ansprüchen auf Leistungen nach dem Elften Buch der Pflegekasse vorbehalten, und das im Gesetzentwurf vorgesehene Kostenerstattungsverfahren zwischen Kranken- und Pflegekasse ist nicht erforderlich. Im Vergleich zur Regelung im Gesetzentwurf verringert sich der Aufwand für die Krankenkassen deutlich, da die Bewilligung und Erbringung der Leistungen mit einem nachträglichen Erstattungsverfahren gegenüber der Pflegekasse entfällt. Die Pflegekassen werden in den Fällen entlastet, in denen bei gleichzeitiger Aufnahme des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse die Kosten für Aufnahme und pflegerische Versorgung übernimmt.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Änderung in Absatz 2 Satz 6 wie folgt:

Anmerkung: siehe Änderung durch TSVG, auch zu § 39 Absatz 1a
Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die entsprechende Geltung der Regelungen zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der Maßgabe angeordnet, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a SGB V die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene (anstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft) zu beteiligen sind.
Nach dem Verweis von § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V auf § 39 Absatz 1a SGB V und damit auch § 39 Absatz 1a Satz 9 zweiter Halbsatz SGB V gilt die Regelung des § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V entsprechend auch für den Bereich des Entlassmanagements nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen (Reha-Entlassmanagement). Nach § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V legt auf Antrag einer Vertragspartei das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 SGB V den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest, wobei das Bundesschiedsamt hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird. Die Regelung des § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V passt für das Reha-

Entlassmanagement insoweit nicht, als das Bundesschiedsamt um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu erweitern ist, die von den Regelungen des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement nach stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht fachlich betroffen sind.
Mit der Ergänzung des § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V wird deshalb geregelt, dass im Fall der Anrufung des Bundesschiedsamtes die nach § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V hinzuzuziehenden Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene ersetzt werden.

§ 41

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) [1] Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. [2] Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. [3] Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. [4] § 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(2) § 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

(3) [1] Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. [2] Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 42

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Versicherte haben Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

§ 43

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,
2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

(2) [1] Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. [2] Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten

Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. [3] Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.

§ 43a

Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

(1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.

§ 43b

Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

[1] Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. [2] Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.

§ 43c

Zahlungsweg

(1) [1] Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. [2] Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.

(2) – weggefallen

(3) [1]Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Abs. 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. [2]Absatz 1 Satz 2 gilt nicht. [3]Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch das Krankenhaus nicht, hat dieses im Auftrag der Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. [4] Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens nach Satz 3 beliehen. [5] Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen; Klagen gegen diese Verwaltungsakte haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt. [6] Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Krankenhaus je durchgeführtem Verwaltungsverfahren nach Satz 3 eine angemessene Kostenpauschale. [7] Die dem Krankenhaus für Klagen von Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. [8] Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. [9] Das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung nach den Sätzen 6 und 7 vereinbaren der Spitzenverband Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. [10] Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, verringert sich abweichend von Satz 1 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht. [11] Zwischen dem Krankenhaus und

der Krankenkasse können abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbart werden, soweit dies wirtschaftlich ist.

Zweiter Titel

Krankengeld

§ 44

Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

(2) [1] Keinen Anspruch auf Krankengeld haben,

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, **sofern** sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind **oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben**,
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

[2] Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nr. 2 und 3 gilt § 53 Abs. 8 Satz 1 entsprechend. [3] Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. [3] **Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.**

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

(4) [1] Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. [2] Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. [3] Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. [4] Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2
Zu Satz 1 Nummer 1
Mit der Änderung wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl

eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.
Der Personenkreis der hauptberuflich Selbstständigen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversichert sind, wird sowohl von der Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 als auch von Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 erfasst. Insoweit bestehen hinsichtlich der Frage, ob nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherte hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit haben, den Krankengeldanspruch zu wählen, in der Praxis unterschiedliche Auslegungen.
Im Zusammenhang mit der Regelung des Krankengeldausschlusses für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass hauptberuflich Selbstständige, bezogen auf den Krankengeldwahltarif als zum damaligen Zeitpunkt einzige Option der Krankengeldabsicherung, nicht vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen sein sollen. Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Pflichtversicherten sind nach der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hingegen deshalb vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen, weil ein Krankengeldanspruch für sie als nicht erforderlich angesehen wurde, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht (BT-Drs. 16/3100, S. 107). Der Personengruppe der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen, denen bei Arbeitsunfähigkeit zuvor erzieltes, beitragspflichtiges Arbeitseinkommen entgehen kann, wollte der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeit eines Krankengeldanspruches jedoch nicht verweigern.
Mit der Regelung wird auch der Lebenswirklichkeit der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen Rechnung getragen, bei denen gleichermaßen Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen kann und insoweit wird eine Gleichbehandlung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten hauptberuflich Selbstständigen gewährleistet.
Zu Satz 3
Mit der gesetzlichen Regelung wird klargestellt, dass eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht wirksam für einen Zeitraum abgegeben werden kann, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht und damit die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme ausgeschlossen. Im Übrigen wird die vielfach von Krankenkassen in der Praxis entsprechend angewandte Verfahrensweise auf eine rechtliche Grundlage gestellt.
Mit der Regelung des § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 wird den dort genannten Versicherten, den hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen und den unständig Beschäftigten, die Möglichkeit gegeben, sich bei der Wahl der Versicherung zusätzlich für die Absicherung durch das Krankengeld zu entscheiden. Andernfalls soll ein Anspruch auf Krankengeld für diese Gruppe von Versicherten nicht bestehen. Bei wirksamer Abgabe der Wahlerklärung sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten dann anstatt mit dem ermäßigten Beitragssatz nach § 243 mit dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 zu verbeitragen, so dass diese Versicherten für die Absicherung des Krankengeldanspruchs entsprechend höhere Beiträge entrichten.
Wäre eine wirksame Abgabe einer Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 im Fall einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit möglich, würde das der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegende Solidaritätsprinzip unterlaufen, da sich Versicherte dann regelmäßig erst mit oder nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit für die Abgabe der Wahlerklärung entscheiden würden, um vorherige höhere Beitragsbelastungen zu vermeiden. Das Krankengeld wäre dann nahezu ausschließlich von der Solidargemeinschaft und gerade nicht auch von den das Krankengeld in Anspruch nehmenden Versicherten finanziert. Das führt zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung der Beiträge zahlenden Solidargemeinschaft, die auszuschließen ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2
Zu Satz 1 Nummer 1
Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.
Zu Satz 3
Bereits der Gesetzentwurf sieht eine klarstellende Regelung zum Wirksamwerden der nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 abgegebenen Wahlerklärung vor, damit die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme ausgeschlossen wird. Im Hinblick auf die gesetzliche Intention, eine wirksame Wahlerklärung bei einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit regelmäßig auszuschließen und zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen und Rechtsstreitigkeiten stellt die Regelung nicht auf den Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung, sondern auf den Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse ab.
Zu Absatz 4 Satz 5
Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung durch Aufhebung einer gegenstandslos gewordenen Berichtspflicht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Bericht über die Umsetzung des

Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen mit Schreiben vom 11. Dezember 2018 an den Deutschen Bundestag übermittelt (vgl. BT-Drs. 19/6300). Der einmaligen Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit zum 31. Dezember 2018 wurde damit nachgekommen.

§ 44a

Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

[1] Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. [2] Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. [3] Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. [4] § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. [5] Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

§ 45

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) [1] Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. [2] § 10 Abs. 4 und § 44 Abs. 2 gelten.

(2) [1] Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für allein erziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. [2] Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. [3] Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen 12 Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. [4] Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. [5] § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) [1] Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. [2] Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. [3] Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) [1] Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung

oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,

b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

[2] Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. [3] Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 46

Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

[1] Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) von ihrem Beginn an,
2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

[2] Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. [3] **Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.** [4] Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. [5] Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 3 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.

Begründung zum TSVG:

Zu Satz 3

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Feststellungslücke weiter erhalten können.

Nach Satz 1 entsteht der Anspruch auf Krankengeld bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an; im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

Das bedeutet, dass Folgebescheinigungen für Krankheiten spätestens am nächsten, auf den letzten Tag der zuvor bescheinigten (Erst-)Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitstag, der ein Werktag ist, ausgestellt werden müssen, um einen nahtlosen Bezug von Krankengeld sicher zu gewährleisten. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Erlangung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Obliegenheiten des Versicherten. Die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung sind deshalb grundsätzlich vom Versicherten

zu tragen. Dies gilt selbst dann, wenn der Versicherte seinen Arzt zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht angetroffen hat und diese deshalb verspätet festgestellt wird.

Wird die Folgebescheinigung verspätet ausgestellt, hat dies in Abhängigkeit vom versicherungsrechtlichen Status unterschiedliche Konsequenzen.

Bei Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wieder auf, weil auch zu diesem Zeitpunkt eine versicherungspflichtige Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht. Das Krankengeld entfällt damit nur für die Tage, die die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt zu spät aufgesucht wurde.

Endete das Beschäftigungsverhältnis während des Krankengeldbezuges oder wurde Krankengeld bei einer bereits vorher bestehenden Arbeitslosigkeit gezahlt, endet die nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 fortbestandene Mitgliedschaft mit dem Tag nach dem Ende der letzten, rechtzeitig ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. In der Regel ist das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer freiwilligen Versicherung oder Familienversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld fortzuführen. Damit besteht nach bisheriger Rechtslage bei verspäteter Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit für deren weitere Dauer kein Anspruch auf Krankengeld mehr, so dass das Krankengeld vollständig und dauerhaft entfällt.

Insoweit erfährt dieselbe Obliegenheitsverletzung in unterschiedlichem Maße eine Sanktionierung, wobei ein vollständiger und dauerhafter Verlust eines Rechtsanspruchs im Verhältnis zur Schwere der Obliegenheitsverletzung, die regelmäßig zum Entfallen des Anspruchs auf Krankengeld für den Zeitraum der Säumnis führt, unangemessen ist.

Das vollständige und dauerhafte Entfallen des Krankengeldes bei verspäteter Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit stellt insoweit für Versicherte, deren den Anspruch auf Krankengeld gewährleistende Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, eine besondere Härte dar. Dies gilt insbesondere, wenn bei schwerwiegenden Erkrankungen eine zwischenzeitliche Genesung nicht anzunehmen ist und der Versicherte zum Zeitpunkt der für den weiteren Krankengeldanspruch notwendigen Folge-Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung krankheitsbedingt nicht in der Lage war, die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt aufzusuchen.

Für die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Krankengeld zur Vermeidung von Versorgungslücken mit besonderer Härte ist es ausreichend und zur Sicherstellung einer verwaltungspraktikablen Umsetzung notwendig, den Zeitraum für eine verspätete Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit auf längstens einen Monat zu begrenzen.

In Ergänzung zu dieser Regelung wird in § 49 Absatz 1 eine diesen Sachverhalt aufgreifende Ruhensregelung getroffen. Für die Zeit der Feststellungslücke gilt § 49 Absatz 1 Nummer 8. Bezogen auf den Zeitraum einer Feststellungslücke wird dadurch eine Gleichbehandlung der Versicherten, deren Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, mit den Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, gewährleistet.

§ 47

Höhe und Berechnung des Krankengeldes

*(1) [1] Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). [2] Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. [3] Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nach Satz 2 ist der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach Absatz 2 Satz 6 ergebende Anteil am Nettoarbeitsentgelt mit dem Vomhundertsatz anzusetzen, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. [4] Das nach Satz 1 bis 3 berechnete kalendertägliche Krankengeld darf das sich aus dem Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 ergebende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. [5] Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. [6] Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. [7] Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen. [8] Bei der Berechnung des Regelentgelts nach Satz 1 und des Nettoarbeitsentgelts nach den Sätzen 2 und 4 sind die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten der Gleitzone nach §20 Abs. 2 des Vierten Buches nicht zu berücksichtigen.

*Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Juli 2019 werden in Satz 8 die Wörter „der Gleitzone“ durch die Wörter „des Übergangsbereichs“ ersetzt (vgl. Artikel 6 Absatz 2 RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz)

(2) [1] Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. [2] Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. [3] Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. [4] Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zu Grunde liegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. [5] Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. [6] Für die Berechnung des Regelentgelts ist der dreihundertsechzigste Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zu Grunde gelegen hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, dass das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) [1] Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. [2] Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. [3] Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist das Regelentgelt aus dem Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertsechzigste Teil dieses Betrages anzusetzen. [4] Die Zahl dreihundertsechzig ist um die Zahl der Kalendertage zu vermindern, in denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz nicht bestand oder für die nach § 234 Abs. 1 Satz 3 Arbeitseinkommen nicht zu Grunde zu legen ist. [5] Die Beträge nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) – weggefallen

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 47a

Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen

(1) [1] Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. [2] Die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Krankenkasse ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte; sie dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

(2) [1] Die Krankenkassen haben der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung den Beginn und das Ende der Beitragszahlung sowie die Höhe der der Beitragsberechnung zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen und den zu zahlenden Beitrag für das Mitglied zu übermitteln; ab dem 1. Januar 2017 erfolgt die Übermittlung durch elektronischen Nachweis. [2] Das Nähere zum Verfahren, zu notwendigen weiteren Angaben und den Datensatz regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen bis zum 31. Juli 2016 in gemeinsamen Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.

§ 47b

Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Das Krankengeld für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 wird in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gewährt, den der Versicherte zuletzt bezogen hat.

(2) [1] Ändern sich während des Bezuges von Krankengeld die für den Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld maßgeblichen Verhältnisse des Versicherten, so ist auf Antrag des Versicherten als Krankengeld derjenige Betrag zu gewähren, den der Versicherte als Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld erhalten würde, wenn er nicht erkrankt wäre. [2] Änderungen, die zu einer Erhöhung des Krankengeldes um weniger als zehn vom Hundert führen würden, werden nicht berücksichtigt.

(3) Für Versicherte, die während des Bezuges von Kurzarbeitergeld arbeitsunfähig erkranken, wird das Krankengeld nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt, das zuletzt vor Eintritt des Arbeitsausfalls erzielt wurde (Regelentgelt), berechnet.

(4) [1] Für Versicherte, die arbeitsunfähig erkranken, bevor in ihrem Betrieb die Voraussetzungen für den Bezug von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch erfüllt sind, wird, solange Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle besteht, neben dem Arbeitsentgelt als Krankengeld der Betrag des Kurzarbeitergeldes gewährt, den der Versicherte erhielte, wenn er nicht arbeitsunfähig wäre. [2] Der Arbeitgeber hat das Krankengeld kostenlos zu errechnen und auszuzahlen. [3] Der Arbeitnehmer hat die erforderlichen Angaben zu machen.

(5) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist von dem Arbeitsentgelt auszugehen, das bei der Bemessung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegt wurde.

(6) [1] In den Fällen des § 232a Abs. 3 wird das Krankengeld abweichend von Absatz 3 nach dem Arbeitsentgelt unter Hinzurechnung des Winterausfallgeldes berechnet. [2] Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von Absatz 1 Satz 2 wie folgt:

Die Aufhebung des Satzes 2 dient der Rechtsbereinigung. In § 47b Absatz 1 Satz 2 wird der Zeitpunkt bestimmt, an dem der Krankengeldanspruch für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 entsteht. Nach der Änderung des § 46 Satz 1 Nummer 2 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) besteht kein Regelungsunterschied mehr zu Satz 2. Die Regelung des Satzes 2 in § 47b Absatz 1 Satz 2 stellt daher keine Sonderregelung mehr dar und ist seitdem ohne Bedeutung.

§ 48

Dauer des Krankengeldes

(1) [1] Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. [2] Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und

2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) [1] Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. [2] Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. [3] **Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.**

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3 Satz 3

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt wird. Mit dem Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) wurde die Regelung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a ohne die Nennung des Verletztengeldes mit Wirkung vom 1. Januar 2005 neu gefasst. Sinngemäß ist der Gesetzgeber dabei davon ausgegangen, dass diese Regelung für den Fall des Bezuges von Verletztengeld nicht weiter erforderlich sei, weil ein Krankengeldanspruch wegen § 11 Absatz 4 (jetzt § 11 Absatz 5) bereits dem Grunde nach nicht besteht (BT-Drs. 15/4228 S. 26).

Die Nennung des Verletztengeldbezuges als eine bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigende Zeit, ist jedoch im Hinblick auf die notwendige Systemabgrenzung zwischen dem von der gesetzlichen Krankenversicherung im Falle vorübergehender Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich zu leistenden Krankengeld und der bei einer dauerhaften Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit typischerweise eintretenden Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung dennoch erforderlich. Zeiträume, in denen Krankengeld wegen der Regelung des § 11 Absatz 5 nicht zu leisten ist, sind insbesondere bei Sachverhalten, in denen zu einer durch einen Arbeitsunfall bedingten Krankheit eine unfallunabhängige Krankheit hinzugetreten ist und die unfallunabhängige Krankheit anschließend die Arbeitsunfähigkeit allein bedingt, bei der nach § 48 festzustellenden Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung des Verletztengeldbezuges ist auch sachgerecht, da das bei einer Arbeitsunfähigkeit zu leistende Verletztengeld von der Leistungsausrichtung dem Krankengeld entspricht.

§ 49

Ruhen des Krankengeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt,
2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist,
3. soweit und solange Versicherte Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld beziehen,

3a. solange Versicherte Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht,

4. soweit und solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhalten,

*5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt,

***Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2021 werden in Nummer 5 nach den Wörtern „Beginn der Arbeits-**

unfähigkeit“ die Wörter „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 7“ eingefügt. (vgl. Artikel 17 Absatz 5)

6. soweit und solange für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a des Vierten Buches) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird,
7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 abgegeben haben**,**
8. **solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.**

(2) – weggefallen

(3) Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung des Absatzes 1 nicht aufgestockt werden.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Nummer 8
Bei dem neu eingeführten Ruhenstatbestand handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund des neu eingefügten § 46 Satz 3.
Für Versicherte, deren den Anspruch auf Krankengeld gewährleistende Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, ruht das Krankengeld für den Zeitraum, der zwischen dem nächsten Werktag liegt, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satze 2 hätte ärztlich festgestellt werden müssen und dem Zeitpunkt, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb des Zeitraums nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wird.
Damit wird sichergestellt, dass bei einer verspäteten Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit die Versicherten, deren Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, gleichbehandelt werden mit Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Im Ergebnis ist beiden Personengruppen für den Zeitraum der Feststellungslücke das Krankengeld nicht zu zahlen.

Begründung zum TSVG (Inkrafttreten 1. Januar 2021):

Zu Absatz 1 Nummer 5
Mit der Änderung wird klargestellt, dass eine etwaige Verspätung bei der ab dem 1. Januar 2021 von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen an die Krankenkassen zu übermittelnden Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 nicht zu Rechtsfolgen zu Lasten der Versicherten führt.
Mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der bisher mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten wird die Obliegenheit zur Meldung der (fortbestehenden) Arbeitsunfähigkeit auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen übertragen. Soweit sich bei der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten Verzögerungen ergeben, liegen sie insoweit nicht mehr im Einflussbereich der Versicherten, so dass sie keine sich aus der verspäteten Übermittlung ergebenden Rechtsfolgen zu tragen haben.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der redaktionellen Anpassung des Regelungsortes in § 295 Absatz 1. Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

§ 50

Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

(1) [1] Für Versicherte, die

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

5. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht. [2] Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. [3] In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuss des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen. [4] Wird eine der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mehr gezahlt, entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. der Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte,
2. der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Knappschaftsausgleichsleistung oder der Rente für Bergleute oder
4. einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt wird,
5. von Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 bis 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 2 Nummer 2
Es handelt sich um Rechtsbereinigungen. Seit dem 1. Juli 2017 gelten Renten wegen Erwerbsunfähigkeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 302b Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch als Renten wegen voller Erwerbsminderung. Renten wegen Berufsunfähigkeit gelten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 302b Absatz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch als Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung. Daher bedarf es in der Regelung des § 50 nicht mehr der Nennung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Berufsunfähigkeit.

§ 51

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) [1] Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. [2] Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) [1] Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. [2] Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. [3] **Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.**

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters durch das Flexirentengesetz vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838). Mit der Regelung können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden. Wird eine Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Ist entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten worden, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert. Damit entfällt ebenso rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Krankengeld.

Ist neben der Teilrente eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, derentwegen von der Krankenkasse Krankengeld zu gewähren ist, ergibt sich aufgrund des mit dem rückwirkend eingetretenen Vollrentenanspruch ebenfalls rückwirkend entfallenden Krankengeldanspruchs für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente überschießende Krankengeldbetrag verbleibt jedoch bei den Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Absatz 1 Satz 2).

Die Regelung berücksichtigt diese Rahmenbedingungen und knüpft an die Regelung des § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches (SGB VI) an. Danach hat der Rentenversicherungsträger bei Hinzuverdienständerungen von mindestens 10 Prozent auf Antrag der Versicherten auch unterjährig eine neue Prognoseentscheidung zu treffen. Im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung können Krankenkassen anhand der bei ihnen vorhandenen Daten (im Zusammenhang mit der Krankengeldberechnung vom Arbeitgeber gemeldetes Arbeitsentgelt, Dauer der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise des Krankengeldbezuges) Versicherte zur Stellung eines Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit selbst im Fall der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der verbleibenden Zeit des Kalenderjahres mit dem durchschnittlichen Hinzuverdienst des laufenden Kalenderjahres die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI voraussichtlich nicht mehr überschritten wird.

Berücksichtigend, dass in den zugrunde liegenden Sachverhalten ein nachträglicher finanzieller Ausgleich zwischen Rentenversicherungsträger und Krankenkasse erfolgen muss, dient die Frist von vier Wochen dazu, diesen rückwirkenden Ausgleich auf möglichst kurzfristige Zeiträume zu begrenzen und die sich ändernde Rechtsposition der Versicherten in Bezug auf den Krankengeldanspruch zeitnah den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen. Insoweit ist die von den Absätzen 1 und 2 abweichende Frist auch sachlich gerechtfertigt.

Zu Absatz 3 Satz 3

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass Versicherte durchgängig Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie zunächst der Aufforderung zur Antragsstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI nicht nachkommen und der Rentenversicherungsträger später im Rahmen der sogenannten Spitzabrechnung nach § 34 Absatz 3d SGB VI feststellt, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI doch überschritten und damit rechtmäßig Teilrente geleistet wurde. Sichergestellt ist der Anspruch auf Krankengeld auch für den Fall eines verspätet gestellten Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI und der Feststellung des Rentenversicherungsträgers im Rahmen der Antragsbearbeitung, dass weiterhin eine Teilrente zu leisten ist.

Dritter Titel

Leistungsbeschränkungen

§ 52

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

(1) Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in

angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.

(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

§ 52a

Leistungsausschluss

[1] Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. [2] Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.

Sechster Abschnitt

Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung

§ 53

Wahltarife

(1) [1] Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). [2] Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) [1] Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. [2] Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. [3] Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) [1] Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. [2] Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. [3] **Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.** [4] **Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.** [5] **Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen.** [6] **Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.**

(4) [1] Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. [2] Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. [3] § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) – aufgehoben

(6) [1] Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. [2] Von § 47 kann abgewichen werden. [3] Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. [4] Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. [5] Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. [6] In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. [7] Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) [1] Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife **nach den Absätzen 2 und 4** ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. [2] Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. [3] Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. [4] Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. [5] Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. [6] Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) [1] Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. [2] Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahltarifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. [3] Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. [4] Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 5* – aufgehoben**

Der Wahltarif zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wird aufgehoben. Im Jahresdurchschnitt 2017 waren laut der Mitgliederstatistik KM 1 in Wahltarife nach dieser Vorschrift 562 Versicherte eingeschrieben. Die geringe Nachfrage verdeutlicht, dass kein ausreichender Bedarf für das Angebot derartiger Wahltarife besteht. Der mit dem Angebot von Wahltarifen einhergehende Bürokratieaufwand, insbesondere für die Erstellung der notwendigen versicherungsmathematischen Gutachten, lässt sich mit der geringen Nachfrage nicht rechtfertigen. Krankenkassen können die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln weiterhin als Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 anbieten. Versicherte, die auch an einer Versorgung mit Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen interessiert sind, können eine Krankenkasse wählen, deren Satzung entsprechende Regelungen enthält.

Zu Absatz 8 Satz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung des Absatzes 5.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 3 Satz 3 bis 6 wie folgt:

Durch die Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, Versicherte, die in Wahltarifen für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben sind, an Effizienzgewinnen aus diesen Tarifen zu beteiligen. Zwar ist es bisher schon möglich, in der Satzung vorzusehen, dass am Wahltarif teilnehmende Versicherte Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen erhalten. Nun wird aber verbindlich vorgegeben, dass die Krankenkassen mindestens 50 Prozent des Differenzbetrages, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen, diesen Versicherten wieder zufließen lassen müssen. Damit wird die Attraktivität der HzV für die Versicherten weiter gesteigert.

Die Krankenkasse hat im Vorhinein zu berechnen, welche Effizienzsteigerungen und Einsparungen aus der Einschreibung ihrer Versicherten in eine HzV zu erwarten sind. Auf der Grundlage dieser Berechnung sind den Versicherten von Beginn der Teilnahme am Wahltarif Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen zu gewähren.

Die Kalkulation ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Da es – neben der Verbesserung der Versorgungsqualität – stets auch Ziel der hausarztzentrierten Versorgung ist, Effizienzsteigerungen zu erzielen, bedarf es einer besonderen Begründung, sollte eine Krankenkasse in ihrer Kalkulation zu dem Ergebnis kommen, dass keine Effizienzsteigerungen erwartet werden, die die Aufwendungen übersteigen.

§ 54 – weggefallen

Siebter Abschnitt

Zahnersatz

§ 55

Leistungsanspruch

*(1) [1] Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. [2] Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. [3] Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. [4] Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

[5] Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. [6] Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. [7] Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

*** Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Oktober 2020 werden in Satz 2 die Wörter „50 vom Hundert“ durch die Angabe „60 Prozent“, in Satz 3 die Wörter „um 20 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 70 Prozent“ und in Satz 5 die Wörter „um weitere 10 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 75 Prozent“ ersetzt. Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: „[6] In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat.“ (vgl. Artikel 17 Absatz 4c)**

*(2) [1] Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. [2] Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

[3] Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. [4] Zu den Einnahmen

zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. [5] Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

*** Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Oktober 2020 werden in Satz 1 die Wörter „Betrag in jeweils gleicher Höhe" durch die Wörter „Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung" und die Wörter „den doppelten Festzuschuss" durch die Wörter „den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung" ersetzt. (vgl. Artikel 17 Absatz 4c)**

*(3) [1] Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. [2] Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. [3] Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

*** Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Oktober 2020 werden in Satz 2 die Wörter „zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1" durch die Wörter „Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1" und in Satz 3 die Wörter „der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2" durch die Wörter „eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1" ersetzt. (vgl. Artikel 17 Absatz 4c)**

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Begründung zum TSVG (Inkrafttreten 1. Oktober 2020):

Zu Absatz 1
Zu Satz 2
Die Änderung in § 55 Absatz 1 Satz 2 zielt darauf ab, die Versicherten, die auf die Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten. Dazu werden die befundorientierten Festzuschüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2021 auf 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung erhöht.
Zu Satz 3 und 5
Im Zuge der Anhebung der befundorientierten Festzuschüsse für Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen erfolgt auch eine Anhebung der Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten 5 Jahre bzw. letzten 10 Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 70 Prozent bzw. 75 Prozent. Zudem werden aus Gründen der Verständlichkeit anstelle der bisherigen Vomhundertsätze, um die im Rahmen der Bonus-Regelung der Festzuschuss bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen erhöht wird, feste Prozentwerte genannt.
Zu Absatz 2 Satz 1
Die Anhebung der Festzuschüsse macht eine Anpassung der Regelung für Härtefälle in § 55 Absatz 2 erforderlich. Die bisher 100 Prozent der nach § 57 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung abgedeckte Größe „doppelter Festzuschuss" wird durch den wiederum 100 Prozent umfassenden Gesamtbetrag aus dem Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent und den zusätzlichen Betrag in Höhe von 40 Prozent ersetzt.
Zu Absatz 3
Die Anhebung der Festzuschüsse macht eine Anpassung der sogenannten „gleitenden Härtefallre-

gelung“ nach § 55 Absatz 3 erforderlich. Die bisher 100 Prozent der nach § 57 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung abgedeckte Größe „zweifacher Festzuschuss“ wird durch den wiederum 100 Prozent umfassenden Gesamtbetrag aus dem Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent und den zusätzlichen Betrag in Höhe von 40 Prozent ersetzt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 6
Durch die Änderung wird die Bonusregelung zur Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz versichertenfreundlicher ausgestaltet. Bisher hat der Versicherte nur dann Anspruch auf einen weiteren Bonus über die vorhergehende Erhöhung hinaus, wenn er regelmäßig seine Zähne gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die vertragszahnärztliche Untersuchung ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Zukünftig soll in begründeten Ausnahmefällen ein einmaliges Versäumen einer Vorsorgeuntersuchung folgenlos bleiben.

§ 56

Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) [1] Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. [2] Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. [3] Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. [4] Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. [5] Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. [6] Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. [7] Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. [8] Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. [9] In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. [10] Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. [11] Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. [12] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

(3) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen einzubeziehen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres die Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen einschließlich der nach Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 in den Abstaffelungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(5) [1] § 94 Abs. 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Beanstandungsfrist einen Monat beträgt. [2] Erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinie nach § 94 Abs. 1 Satz 5, gilt § 87 Abs. 6 Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6 entsprechend.

§ 57

Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. [2] Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. [3] Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte 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. [4] Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 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. [5] Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. [6] Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. [7] Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. [8] **Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.** [9] **Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.**

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker- Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. [2] § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. [3] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. [4] Für die Vereinbarungen nach **Satz 3** gilt § 71 nicht. [5] Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 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 Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. [6] Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. [7] Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. [8] **Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.** [9] **Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.**

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 8 und 9, Absatz 2 Satz 4, 8 und 9
Bei den Änderungen in § 57 Absatz 1und 2 (Schiedsregelungen zur Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen) handelt es sich um Folgeänderungen zu § 89. Die schon nach bisherigem Recht kürzeren Festsetzungsfristen für die Schiedsämter betreffend die Vergütungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei der Regelversorgung mit Zahnersatz dienen dem Zweck, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die fristgerechte Bekanntmachung der Festzuschussbeträge gemäß § 56 Absatz 4 zu ermöglichen.

§§ 58, 59 – weggefallen

Achter Abschnitt

Fahrkosten

§ 60

Fahrkosten

(1) [1] Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. [2] Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. [3] Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. [4] Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. [5] **Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:**

1. **ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,**
2. **eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder**
3. **bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.**

(2) [1] Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

[2] Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(4) [1] Die Kosten des Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. [2] § 18 bleibt unberührt.

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahr- und andere Reisekosten nach § 73 Absatz 1 bis 3 des Neunten Buches übernommen.

Begründung zum PpSG:

***Zu Absatz 1 Satz 5* – Anmerkung: siehe Neufassung von Nummer 3 durch den 14. Ausschuss**
Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach 119b wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Praxis des Facharztes und Zahnarztes angewiesen. Dies gilt auch für die Versicherten und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuenden Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 Absatz 1 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Behandlung angewiesen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuenden Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für mobilitätseingeschränkte vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 nach dem Elften Buch einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten und nach der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgenommenen Umstellung auf Pflegegrade mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, wird die Bestandsschutz-Regelung des § 8 Absatz 3 der Krankentransport-Richtlinie des G-BA übernommen. Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA sowie für Versicherte im Sinne des § 8 Absatz 3 Satz 3 Krankentransport-Richtlinie gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Neunter Abschnitt

Zuzahlungen, Belastungsgrenze

§ 61

Zuzahlungen

[1] Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. [2] Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. [3] Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. [4] Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62

Belastungsgrenze

(1) [1] Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. [2] Die Belastungsgrenze beträgt zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. [3] Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. [4] Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. [5] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. [6] Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. [7] Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. [8] Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) [1] Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. [2] Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. [3] Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. [4] Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt

gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. [5] Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. [6] Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. [7] Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) [1] Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. [2] Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) – weggefallen

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.

Zehnter Abschnitt

Weiterentwicklung der Versorgung

§ 63

Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) [1] Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels dieses Buches, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist, und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. [2] Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, dass durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. [3] Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. [4] Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass von § 284 Abs. 1 Satz 5 nicht abgewichen werden darf.

(3a) [1] Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterungen der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein. [2] Von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten darf nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten und nur in dem Umfang abgewichen werden, der erforderlich ist, um die Ziele des Modellvorhabens zu erreichen. [3] Der Versicherte ist vor Erteilung der Einwilligung schriftlich oder elektronisch darüber zu unterrichten, inwieweit das Modellvorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abweicht und aus welchen Gründen diese Abweichungen erforderlich sind. [4] Die Einwilligung des Versicherten hat sich auf Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten sowie die daran Beteiligten zu erstrecken; die Einwilligung kann widerrufen werden. [5] Beim Einsatz mobiler personenbezogener Speicher- und Verarbeitungsmedien gilt § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend.

*(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie

2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

*Anmerkung: Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach den Wörtern „dass Angehörige der“ die Wörter „im Pflegeberufegesetz,“ eingefügt (vgl. Artikel 3 Pflegeberufereformgesetz).

*(3c) [1] Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegege-

setzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. [2] Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. [4] Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

*Anmerkung: Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 wird Absatz 3c wie folgt gefasst (vgl. Artikel 3 Pflegeberufereformgesetz):

„(3c) [1] Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. [2] Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. [4] Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. [6] Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach den Sätzen 2 bis 4 festgelegte Richtlinien gelten für die Angehörigen des in Satz 1 geregelten Berufs fort."

(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.

(4) [1] Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2] Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) [1] Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. [2] Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. [3] Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen werden kann, sind auf längstens 5 Jahre zu befristen; personenbezogene Daten, die in Abweichung von den Regelungen des Zehnten Kapitels dieses Buches erhoben, verarbeitet oder genutzt worden sind, sind unverzüglich nach Abschluss des Modellvorhabens zu löschen. [4] Über Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, sind der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die Landesbeauftragten für den Datenschutz, soweit diese zuständig sind, rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten.

(6) [1] Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. [2] Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung wie folgt:

***Zu Absatz 3b Satz 2 und 3* – aufgehoben**
Die derzeit geltende Regelung, dass die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben vereinbaren können, in deren Rahmen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, entfällt, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß dem neuen § 125a bei Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen wird.
Zu Absatz 3d
Die Regelung in § 64d Absatz 4, die auf die Ermöglichung von Modellvorhaben zur Erprobung der podologischen Therapie auch bei solchen krankhaften Schädigungen am Fuß abzielt, die nicht

durch Diabetes mellitus verursacht sind, wird wegen der Aufhebung des § 64d in den § 63 Absatz 3d überführt.

Begründung zum Pflegeberufereformgesetz (Inkrafttreten 1. Januar 2020):

Anmerkung: Siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Die Anpassungen in § 63 Absatz 3b sind im Hinblick auf die im Pflegeberufsgesetz neu geregelte Pflegeausbildung erforderlich.
Die aktuelle Fassung des § 63 Absatz 3c ist an das neue Pflegeberufsgesetz und die damit neu eingeführte Pflegeausbildung anzupassen, insbesondere sind die bisherigen Bezüge zu Vorschriften des Krankenpflege- und des Altenpflegegesetzes zu aktualisieren. Durch den letzten Satz wird deutlich gemacht, dass bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Richtlinien, die sich noch auf die Absolventen der bisherigen Krankenpflege- und Altenpflegeausbildungen beziehen, auch für die Absolventen der neuen Pflegeausbildung fortgelten. Da seit Einführung dieser Regelung im Jahr 2008 keine Modelle gestartet sind, werden die Krankenkassen und ihre Verbände nunmehr verpflichtet, entsprechende Vorhaben bis zum 31. Dezember 2018 und damit ein Jahr nach Inkrafttreten des Pflegeberufsgesetzes umzusetzen. Eine Überschreitung der Frist ist nur bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände zulässig.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3b Satz 1
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur geänderten Gesetzesbezeichnung.
Zu Absatz 3c
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur geänderten Gesetzesbezeichnung sowie um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Beginns der neuen Ausbildung.

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) [1] Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen. [2] Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.

(2) – weggefallen

(3) [1] Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder § 64a Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Vergütungen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 1 jeweils vereinbarten Inhalt des Modellvorhabens zu bereinigen; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. [2] Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Bereinigung der Vergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets nach Satz 1 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. [3] Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfasst, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. [4] Bei der Ausgliederung nach Satz 1 sind nicht auf die einzelne Leistung bezogene, insbesondere periodenfremde, Finanzierungsverpflichtungen in Höhe der ausgegliederten Belegungsanteile dem Modellvorhaben zuzuordnen. [5] Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. [6] Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Satz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für ein Modellvorhaben geringer ist als der

Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. [7] Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

(4) [1] Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. [2] Sie können vorsehen, dass der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, dass die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

§ 64a

Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

(1) [1] Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. [2] Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. [3] Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. [4] Die durch das Modellvorhaben den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. [5] Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere

1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen,
2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation,
3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4.

[6] Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. [7] § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. [8] Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106b Absatz 1 Satz 1 zu treffen. [9] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.

(2) [1] **Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium nach den Sätzen 2 und 3 zur Festsetzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen.** [2] **Das Schiedsgremium wird von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten gebildet.** [3] **§ 89a Absatz 3 bis 10 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend.** [4] Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2
Bei den Änderungen in der Schiedsregelung des § 64a Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung) handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifende Konfliktlösung in § 89a.
Zu Satz 1 bis 3
Das bisherige Modell einer Erweiterung des Schiedsamtes nach § 89 um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apo-

theker führt zu einer nicht zu rechtfertigenden Schlechterstellung dieser Vertragspartei, da sie keinen Einfluss auf die Auswahl der unparteiischen Mitglieder des Gremiums hat. Es wird daher geregelt, dass die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten ein eigenständiges Schiedsgremium bilden.
***Zu Satz 3 und 4 –* aufgehoben**
Durch die entsprechende Geltung des § 89a Absatz 3 bis 9, Absatz 10 Satz 2 sowie der Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 für das zu bildende Schiedsgremium sind die Regelungen in den Sätzen 3 und 4 zur Erweiterung des Schiedsamtes nicht mehr erforderlich bzw. widersprechen den Regelungen in § 89. Insoweit wird auf die Begründung zu § 89a verwiesen.

§ 64b

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

(1) [1] Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. [2] In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. [3] Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. [4] § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. [5] § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. [6] Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

(2) [1] Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. [2] Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

(3) [1] Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens einschließlich der Auswertung nach § 65 mitzuteilen. [2] Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 2012 eine Vereinbarung. [3] § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. [4] Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.

§ 64c

Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN

(1) [1] Die in § 115 Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen. [2] Das Modellvorhaben ist insbesondere auf die Risikopersonen nach Maßgabe der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention auszurichten. [3] Die Kassenärztlichen Vereinigungen verständigen sich auf die Durchführung eines Modellvorhabens in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung. [4] Soweit eine überbezirkliche Versorgung besteht, soll das Modellvorhaben in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen

gemeinsam durchgeführt werden. [5] Das Modellvorhaben kann in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, insbesondere um ausreichende Fallzahlen zu gewährleisten und um regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. [6] § 65 gilt mit der Maßgabe, dass die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut zu erfolgen hat.

(2) [1] Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a anrufen. [2] Die Anrufung des Schiedsgremiums soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung eines Modellvorhabens in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2
Bei den Änderungen in der Schiedsregelung des § 64c Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifende Konfliktlösung in § 89a. Bei der hier in Frage stehenden Vereinbarung über ein Modellvorhaben handelt es sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, über die im Konfliktfall das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß den Regelungen nach § 89a entscheiden soll.

§ 64d – aufgehoben

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von § 64d wie folgt:

Mit der in dem neuen § 125a geregelten Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung erübrigt sich die derzeit geltende Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, Modellvorhaben zu dieser Versorgungsform zu vereinbaren.

§ 65

Auswertung der Modellvorhaben

[1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. [2] Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.

§ 65a

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die

1. regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen,
2. Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen oder
3. regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,

Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

(3) [1] Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1 müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. [2] Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. [3] Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.

§ 65b

Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen darf auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit keinen Einfluss nehmen. [3] Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. [4] Die Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; die Fördermittel werden jeweils für eine Laufzeit von sieben Jahren vergeben. [5] Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. [6] Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an. [7] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Beirat jährlich über Angelegenheiten betreffend die Förderung nach Satz 1 zu unterrichten. [8] Der nach Satz 1 geförderten Beratungseinrichtung ist auf Antrag die Gelegenheit zu geben, sich gegenüber dem Beirat zu äußern.

(2) [1] Die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 beträgt im Jahr 2016 insgesamt 9 000 000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. [2] Sie umfasst auch die für die Qualitätssicherung und die Berichterstattung notwendigen Aufwendungen. [3] Die Fördermittel nach Satz 1 werden durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen erbracht. [4] Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.

§ 65c

Klinische Krebsregister

(1) [1] Zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung richten die Länder klinische Krebsregister ein. [2] Die klinischen Krebsregister haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller in einem regional festgelegten Einzugsgebiet stationär und ambulant versorgten Patientinnen und Patienten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von bösartigen Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien sowie von gutartigen Tumoren des zentralen Nervensystems nach Kapitel II der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) mit Ausnahme der Daten von Erkrankungsfällen, die an das Deutsche Kinderkrebsregister zu melden sind,

2. die Auswertung der erfassten klinischen Daten und die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die einzelnen Leistungserbringer,
3. den Datenaustausch mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen Hauptwohnsitz und Behandlungsort in verschiedenen Einzugsgebieten liegen, sowie mit Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene,
4. die Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,
5. die Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 135a Absatz 2 Nummer 1,
6. die Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie,
7. die Erfassung von Daten für die epidemiologischen Krebsregister,
8. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

[3] Die klinische Krebsregistrierung erfolgt auf der Grundlage des bundesweit einheitlichen Datensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzender Module flächendeckend sowie möglichst vollzählig. [4] Die Daten sind jährlich landesbezogen auszuwerten. [5] Eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung kann auch länderübergreifend erfolgen. [6] Die für die Einrichtung und den Betrieb der klinischen Krebsregister nach Satz 2 notwendigen Bestimmungen einschließlich datenschutzrechtlicher Regelungen bleiben dem Landesrecht vorbehalten.

(2) [1] Die Krankenkassen fördern den Betrieb klinischer Krebsregister nach Absatz 1 Satz 2, indem sie eine Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 zahlen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2013 einheitliche Voraussetzungen für diese Förderung. [3] Er hat in den Fördervoraussetzungen insbesondere Folgendes festzulegen:

1. die sachgerechte Organisation und Ausstattung der klinischen Krebsregister einschließlich eines einheitlichen Datenformates und entsprechender Schnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Daten,
2. die Mindestanforderungen an den Grad der Erfassung und an die Vollständigkeit der verschiedenen Datenkategorien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sowie über notwendige Verfahren zur Datenvalidierung,
3. ein einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer,
4. die notwendigen Verfahren zur Qualitätsverbesserung der Krebsbehandlung,
5. die erforderlichen Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
6. die Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren,
7. die Modalitäten für die Abrechnung der klinischen Krebsregister mit den Krankenkassen.

[4] Über die Festlegungen nach den Sätzen 2 und 3 entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertretern. [5] Soweit die Länder Einwände gegen die Festlegungen haben, sind diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das in diesem Fall die entsprechenden Fördervoraussetzungen festlegen kann.

(3) [1] Bei der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende Organisationen und Personen zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. den Gemeinsamen Bundesausschuss,
4. die Deutsche Krebsgesellschaft,

5. die Deutsche Krebshilfe,
6. die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren,
7. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland,
8. die Bundesärztekammer,
9. die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie
10. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

[2] Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist an der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen zu beteiligen, wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den Betrieb der klinischen Krebsregister fördern, indem sie die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 für Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen zahlen. [3] Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie für Meldungen in Bezug auf die nach diesen Vorschriften berechtigten Personen einen Teil der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 zahlen.

(4) [1] Auf Antrag eines klinischen Krebsregisters oder dessen Trägers stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen fest, dass

1. das klinische Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt und
2. in dem Land, in dem das klinische Krebsregister seinen Sitz hat, eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung und eine Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Krebsregistern gewährleistet sind.

[2] Weist ein klinisches Krebsregister auf Grund der Feststellungen nach Satz 1 nach, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt sind, so zahlt die Krankenkasse an dieses Register oder dessen Träger einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach Absatz 1 Nummer 1 mit Ausnahme der Meldungen von nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien eine fallbezogene Krebsregisterpauschale in Höhe von 119 Euro. [3] Ab dem Jahr 2015 erhöht sich die fallbezogene Krebsregisterpauschale nach Satz 2 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. [4] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit dem Land eine von Satz 2 abweichende Höhe der fallbezogenen Krebsregisterpauschale vereinbaren, wenn dies auf Grund regionaler Besonderheiten erforderlich ist. [5] Im Falle des Absatzes 3 Satz 2 tritt der jeweilige Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 4 an die Seite der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. [6] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen passt die Pauschale nach Satz 2 an, wenn die Anpassung erforderlich ist, um 90 Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten der nach Absatz 2 Satz 1 geförderten klinischen Krebsregister abzudecken. [7] Die erstmalige Überprüfung der Pauschale erfolgt spätestens bis zum Ablauf des Jahres 2019; Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(5) [1] In einer Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2017 zahlt die Krankenkasse die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 unabhängig von den Feststellungen nach Absatz 4 Satz 1 an die klinischen Krebsregister, die von den Ländern für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt worden sind. [2] Eine anderweitige Finanzierung der klinischen Krebsregister aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesen Fällen ausgeschlossen. [3] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit dem Land für die Übergangsphase Vereinbarungen über den Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung der klinischen Krebsregister treffen. [4] Erfüllt ein klinisches Krebsregister die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 nach Ablauf der Übergangsphase nach Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt nicht, hat das klinische Krebsregister die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb **von drei Jahren**. [5] Für diesen Zeitraum gilt Satz 1 entsprechend.

(6) [1] Für jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister, das nach Absatz 4 Satz 1 förderfähig ist, ist den Leistungserbringern vom jeweiligen klinischen Krebsregister eine Meldevergütung zu zahlen, wenn die zu übermitteln-

den Daten vollständig gemeldet wurden. [2] Satz 1 gilt nicht für Meldungen, die nicht-melanotische Hautkrebsarten und ihre Frühstadien betreffen. [3] Die Krankenkasse des gemeldeten Versicherten hat dem klinischen Krebsregister die nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten. [4] Die Übergangsregelung nach Absatz 5 gilt entsprechend. [5] Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. [6] Wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den klinischen Krebsregistern die Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten privat krankenversicherter Personen erstatten, tritt der Verband der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 5 an die Seite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. [7] Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie den klinischen Krebsregistern einen Teil der Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten der nach diesen Vorschriften berechtigten Personen erstatten. [8] **Wird eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.**

(7) [1] Klinische Krebsregister und Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene arbeiten mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung zusammen. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss lässt notwendige bundesweite Auswertungen der klinischen Krebsregisterdaten durchführen. [3] Hierfür übermitteln die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem nach Satz 4 benannten Empfänger auf Anforderung die erforderlichen Daten in anonymisierter Form. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Beschluss die von den Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene zu übermittelnden Daten, den Empfänger dieser Daten sowie Inhalte und Kriterien für Auswertungen nach Satz 2; § 92 Absatz 7e gilt entsprechend. [5] Bei der Erarbeitung und Festlegung von Kriterien und Inhalten der bundesweiten Auswertungen nach Satz 2 ist der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Gelegenheit zum Einbringen von Vorschlägen zu geben.

(8) [1] Bei Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der onkologischen Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss die klinischen Krebsregister unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 bei der Aufgabenerfüllung einbeziehen. [2] Soweit den klinischen Krebsregistern Aufgaben nach Satz 1 übertragen werden, sind sie an Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nummer 13 gebunden.

(9) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss gleicht erstmals bis zum 31. Dezember 2013 die Dokumentationsanforderungen, die für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 geregelt sind, an den bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module an. [2] Leistungserbringer, die an einem nach § 137g Absatz 1 zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs in koordinierender Funktion teilnehmen, können die in dem Programm für die Annahme der Dokumentationsdaten nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 zuständige Stelle mit der Meldung der entsprechenden Daten an das klinische Krebsregister beauftragen, wenn die Versicherte nach umfassender Information hierin schriftlich eingewilligt hat. [3] Die Einwilligung kann widerrufen werden. [4] Macht der Leistungserbringer von der Möglichkeit nach Satz 2 Gebrauch, erhält er insoweit keine Meldevergütungen nach Absatz 6.

(10) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht ab dem Jahr 2018 alle fünf Jahre einen Bericht über die bundesweiten Ergebnisse der klinischen Krebsregistrierung in patientenverständlicher Form, wozu auch die barrierefreie Bereitstellung des Berichtes gehört. [2] Der Bericht ist auf der Grundlage der Landesauswertungen nach Absatz 1 Satz 3 und der Ergebnisse von Bundesauswertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 9 Satz 2 zu erstellen. [3] Die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene und der Gemeinsame Bundesausschuss liefern dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Auswertungen, die zum Erstellen des Berichts benötigt werden.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 5 Satz 4* – Anmerkung: Inkrafttreten 13. Dezember 2018, durch 14. Ausschuss Nachbesserungsfrist drei Jahre**

§ 65c Absatz 5 regelt die finanzielle Unterstützung des Betriebes der klinischen Krebsregister. Die Betriebskosten der klinischen Krebsregister sind unter festgelegten Voraussetzungen zu 90 Prozent durch die gesetzlichen Krankenkassen zu tragen. In einer Übergangsphase des Aufbaus der klinischen Krebsregister erfolgt die Finanzierung durch Zahlung einer Pauschale unabhängig von der Erfüllung von Förderkriterien. Für eine dauerhafte Kostenübernahme durch die Kassen müssen die klinischen Krebsregister aber die vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit anderen Beteiligten erarbeiteten Fördervoraussetzungen zur Finanzierung der klinischen Krebsregister durch die gesetzliche Krankenversicherung bis 31. Dezember 2017 mit einer Verlängerungsoption von einem Jahr bis Ende 2018 erfüllen. Sofern klinische Krebsregister die Förderkriterien bis dahin nicht vollumfänglich erfüllen, besteht für sie kein Anspruch mehr und keine gesetzliche Grundlage für die Krankenkassen auf Weiterführung der Förderung. In allen Ländern wurden mittlerweile die erforderlichen gesetzlichen Regelungen verabschiedet und bis zum 31. Dezember 2017 flächendeckend klinische Krebsregister eingerichtet, die nach einem bundeseinheitlichen Datensatz Meldungen zu Krebserkrankungen erfassen und verarbeiten.

Es hat sich gezeigt, dass die mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S.617, im Folgenden KFRG) in § 65c Absatz 5 eingeführte zeitliche Anforderung an die Länder, flächendeckend klinische Krebsregister einzurichten und alle Fördervoraussetzungen der Krankenkassen vollumfänglich spätestens bis zum 31. Dezember 2018 zu erfüllen, aus heutiger Sicht als unrealistisch zu bewerten ist. Mit der Festlegung der GKV-Förderkriterien wurden hohe Maßstäbe für den Betrieb der klinischen Krebsregister angelegt, um der Intention des KFRG zu entsprechen. Teilweise handelt es sich bei den 43 Förderkriterien um zurzeit objektiv noch nicht erfüllbare Kriterien, die erst nach einiger Zeit im Routinebetrieb zuverlässig erfüllt werden können (z. B. hohe Anforderungen an die Datenqualität, Nachweis der aktuellen Vollzähligkeit der Registrierungen von Personen mit Krebserkrankungen sowie der Datenaustausch aller Register untereinander). Selbst wenn nur einigen Krebsregistern die Förderung entzogen würde, hätte dies unmittelbare Auswirkungen auf die sie umgebenden Krebsregister, die dann ebenfalls bestimmte Förderkriterien nicht mehr erfüllen könnten (z. B. Vollständigkeit der Therapieverläufe).

Durch die Verlängerung der Nachbesserungsfrist von einem auf zwei Jahre soll den klinischen Krebsregistern der Länder deshalb die Möglichkeit gegeben werden, den geplanten Aufbau abzuschließen, um die Förderkriterien zu erfüllen.

Zu Absatz 6

Zu Satz 5

Die Angabe „bis zum 31. Dezember 2013“ wird im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen, da sie nicht mehr aktuell ist.

***Zu Satz 8* – Satz 9 bis 12 aufgehoben**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

In Absatz 6 wird das Verfahren zur Vereinbarung von Meldevergütungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt. Es sah für den Konfliktfall in Satz 8 die Verständigung der Vereinbarungspartner auf eine unabhängige Schiedsperson vor, die die Höhe der einzelnen Meldevergütungen festzulegen hatte. Bei der Entscheidung über die Höhe der Meldevergütungen (für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und für Klinik-Ärztinnen und Klinik-Ärzte, die an die klinischen Krebsregister melden) handelt es sich um eine sektorenübergreifende Entscheidung, für die im Konfliktfall künftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene zuständig ist.

Die Sätze 9 bis 12 werden aufgehoben, da die Anwendung des neuen § 89a das bisherige Schiedsverfahren nach dem alten § 65 Absatz 6 Satz 9 bis 12 ersetzt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 5 Satz 4

Bereits der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung der Nachbesserungsfrist von einem auf zwei Jahre vor, um den klinischen Krebsregistern der Länder die Möglichkeit zu geben, den geplanten Aufbau abzuschließen und die Förderkriterien zu erfüllen. Nach Auswertung des Berichtes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Stand der klinischen Krebsregistrierung in Deutschland und zu den Ergebnissen der Überprüfung der Förderkriterien gemäß Prognos-Gutachten vom Oktober 2018 sowie der Stellungnahme der Länder bei den Beratungen im Bundesrat im November 2018 erscheint es sachgerecht, die Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien durch klinische Krebsregister nicht nur um ein Jahr, sondern um zwei Jahre auf dann drei Jahre (bis Ende 2020) zu verlängern. Damit ist sichergestellt, dass die Länder den notwendigen Zeitrahmen erhalten, um die Etablierung flächendeckender klinischer Krebsregister zum Abschluss zu bringen, die

die ihnen zugewiesenen Aufgaben nach § 65c Absatz 1 entsprechend den Vorgaben der Förderkriterien vollumfänglich erfüllen.

Begründung zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw.:

Zu Absatz 4 Satz 7

Es wird bis Ende des Jahres 2017 nicht möglich sein, die fallbezogene Krebsregisterpauschale neu festzusetzen, da die Kalkulationsgrundlage hierfür nicht ausreichend sicher ist. Dies hat folgende Gründe:

Die klinischen Krebsregister in den Ländern befinden sich aktuell noch im Aufbau. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erarbeiteten Fördervoraussetzungen zur (weiteren) Finanzierung der klinischen Krebsregister durch die gesetzliche Krankenversicherung müssen erst bis zum 31. Dezember 2017 (mit einer Verlängerungsoption von einem Jahr bis Ende 2018) erfüllt sein (vgl. § 65c Absatz 5). Um eine Neukalkulation der fallbezogenen Krebsregisterpauschale zum derzeit vorgegebenen Zeitpunkt bis spätestens zum Ablauf des Jahres 2017 vorzunehmen, müsste der Erhebungszeitpunkt für die Kalkulation allerdings bereits im 2. Quartal 2017 liegen; ein Zeitpunkt, zu dem davon auszugehen ist, dass der Aufbau vieler Register noch nicht abgeschlossen sein wird, so dass ein Kostenüberblick noch nicht möglich ist.

Die klinischen Krebsregister werden nach derzeitigem Stand in den Ländern strukturell sehr heterogen aufgebaut (3 Grundmuster mit verschiedenen Varianten). Für die Neukalkulation der fallbezogenen Krebsregisterpauschale durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist insofern eine betriebswirtschaftliche Analyse vieler unterschiedlicher Registertypen notwendig.

Eine Verschiebung der erstmaligen Überprüfung auf das Ende des Jahres 2019 ist erforderlich, da zu diesem späteren Zeitpunkt der Aufbau der klinischen Register voraussichtlich abgeschlossen sein wird und sich die Register außerdem mindestens ein Jahr im Routinebetrieb befinden werden.

Der 14. Ausschuss begründet wie folgt:

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

§ 65d

Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab 1. Januar 2017 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln. [2] Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden. [3] Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Modellvorhaben gilt § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. [4] Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. [2] Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen.

(3) [1] Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 2 ist zu veröffentlichen. [2] Die Sachverständigen dürfen nicht für Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Verbände tätig oder als Leistungserbringer oder deren Angestellte am Modellvorhaben beteiligt sein.

(4) [1] Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. [2] Das Nähere zur Umlage und zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [3] An Modellvorhaben nach Absatz 1 und ihrer Finanzierung können sich über die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 hinaus weitere Einrichtungen beteiligen, insbesondere private Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie öffentliche Stellen. [4] Das Verfahren nach § 64 Absatz 3 ist nicht anzuwenden.

§ 66

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

[1] Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. [2] Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. [3] Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verwendet werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Satz 2 und 3 wie folgt:

Die Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen für ihre Versicherten bei Behandlungsfehlervorwürfen ist bisher gesetzlich nicht näher geregelt. Dies hat auch dazu geführt, dass Unsicherheiten im Hinblick auf den Umfang der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 für die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern bestehen, wie z. B. im Hinblick auf die Anforderung medizinischer Behandlungsunterlagen bei den Leistungserbringern durch die Krankenkassen mit Einwilligungs- sowie Schweigepflichtsentbindungserklärungen der Versicherten. Diese Unsicherheiten werden durch eine gesetzliche Klarstellung der möglichen Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen ausgeräumt. Diese Klarstellung greift die von den Krankenkassen je nach den Erfordernissen des Einzelfalls bereits praktizierten Unterstützungsleistungen auf.

Die Unterstützung der Krankenkassen nach § 66 umfasst zwar keine umfassenden Hilfeleistungen bis hin zur Übernahme der Kosten der Rechtsverfolgung durch die Krankenkassen. Den Versicherten sollen jedoch Leistungen gewährt werden, durch die ihnen die Beweisführung bei vermuteten Behandlungsfehlern erleichtert wird (LSG Hessen 4. Mai 2015, Az. L 1 KR 381/13). Vor diesem Hintergrund können zu den Unterstützungsleistungen der Krankenkassen je nach den Erfordernissen des Einzelfalls insbesondere eine sachlich und rechtliche Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen unter Einbeziehung des Ergebnisses einer gegebenenfalls erfolgten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gehören.

Eine sachlich rechtliche Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität trägt dazu bei, dass den Versicherten eine Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes auf Basis möglichst aller relevanten Unterlagen zur Verfügung gestellt werden kann. Darüber hinaus kann eine sich ggf. anschließende Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkasse nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 aufgrund einer solchen Prüfung mit einer präziseren Fragestellung erfolgen, was die Qualität und Verwertbarkeit der Begutachtungsergebnisse erhöht.

Angesichts einer bestehenden Hemmschwelle eines Teils der Versicherten, im Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen medizinische Behandlungsunterlagen bei den jeweiligen Leistungserbringern selbst anzufordern, stellt die Möglichkeit der Anforderung solcher Unterlagen durch die Krankenkassen mit entsprechenden Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärungen der Versicherten eine Entlastung für die betroffenen Versicherten dar.

Mit der Bereitstellung einer abschließenden Gesamtbewertung unter Einbeziehung aller vorliegenden Unterlagen sowie des Ergebnisses einer gegebenenfalls erfolgten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst können den Versicherten die für eine Rechtsverfolgung wichtigen Informationen zugänglich gemacht werden.

Soweit personenbezogene Daten für die Durchführung der o. g. Unterstützungsleistungen erforderlich sind, dürfen die Krankenkassen diese Daten nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erheben.

§ 67

Elektronische Kommunikation

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungs-

erbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur

1. **elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,**
2. **Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie**
3. **Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.**

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen den Übergang zur elektronischen Kommunikation nach Absatz 1 finanziell unterstützen.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 1:

Die Ergänzung zielt darauf ab, neben den Leistungserbringern und den Krankenkassen auch die Versicherten in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einzubeziehen und ihnen digitale Dienste zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung anzubieten.

§ 68

Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

[1] Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. [2] Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.

VIERTES KAPITEL

Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

§ 69

Anwendungsbereich

(1) [1] Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. [2] Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. [3] Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. [4] Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.

(2) [1] Die §§ 1, 2, 3 Absatz 1, §§ 19, 20, 21, 32 bis 34a, 48 bis 80, 81 Absatz 2 Nummer 1, 2a und 6, Absatz 3 Nummer 1 und 2, Absatz 4 bis 10 und §§ 82 bis 95 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend. [2] Satz 1 gilt nicht für Verträge und sonstige Vereinbarungen von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern oder deren Verbänden, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind. [3] Satz 1 gilt auch nicht für Beschlüsse, Empfehlungen, Richtlinien oder sonstige Entscheidungen der Krankenkassen oder deren Verbände, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind, sowie für Beschlüsse, Richtlinien und sonstige Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu denen er gesetzlich verpflichtet ist.

(3) Auf öffentliche Aufträge nach diesem Buch sind die Vorschriften des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen anzuwenden.

(4) [1] Bei der Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge nach den §§ 63 und 140a über soziale und andere besondere Dienstleistungen im Sinne des Anhangs XIV der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014, die im Rahmen einer heilberuflichen Tätigkeit erbracht werden, kann der öffentliche Auftraggeber abweichend von § 119 Absatz 1 und § 130 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie von § 14 Absatz 1 bis 3 der Vergabeverordnung andere Verfahren vorsehen, die die Grundsätze der Transparenz und der Gleichbehandlung gewährleisten. [2] Ein Verfahren ohne Teilnahmewettbewerb und ohne vorherige Veröffentlichung nach § 66 der Vergabeverordnung darf der öffentliche Auftraggeber nur in den Fällen des § 14 Absatz 4 und 6 der Vergabeverordnung vorsehen. [3] Von den Vorgaben der §§ 15 bis 36 und 42 bis 65 der Vergabeverordnung, mit Ausnahme der §§ 53, 58, 60 und 63, kann abgewichen werden. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 17. April 2019 über die Anwendung dieses Absatzes durch seine Mitglieder.

§ 70

Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) [1] Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige,

dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. [2] Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

§ 71

Beitragssatzstabilität

(1) [1] Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). [2] Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

(2) [1] Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. [2] Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

(3) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. [2] Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen. [3] Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. [4] Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2017 und 2018 die Mitglieder nicht berücksichtigt, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung vorrangig familienversichert gewesen wären.

(4) [1] Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83 und 85 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. [2] Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b und 140a sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen.

(6) [1] Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. [2] Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. [3] Die Krankenkasse kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. [4] Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. [5] Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheits-

fonds nach § 271 festgesetzt werden. [6] Die Aufsichtsbehörde kann eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist, sofern ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. [7] Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung. [8] Die Sätze 1 bis 7 gelten auch für Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3. [9] Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dürfen keine Vorschläge in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen für den Vertragspartner beinhalten. [10] Die Krankenkassen haben auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde bezüglich der Einhaltung Nachweise zu erbringen.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Absatz 6 Satz 8 bis 10 wie folgt:

Nach § 140a Absatz 1 Satz 3 gelten Verträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a. F. fort. Dieser Bestandsschutz ist allerdings für Verträge nicht gerechtfertigt, deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Solche Verträge erfüllen weder die gesetzlichen Voraussetzungen des alten Rechts noch die des geltenden § 140a. Nach § 140a Absatz 1 können die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Vereinbarung einer Honorierung eines Leistungserbringers allein für ein bestimmtes Abrechnungs- oder Kodierverhalten ohne die Vereinbarung konkreter Versorgungsleistungen zu Gunsten des Versicherten erfüllt nicht die gesetzlichen Anforderungen. Ein Vertrag nach § 140a Absatz 1 setzt zudem voraus, dass der Versicherte eine Teilnahmeerklärung und nach vorheriger Information über die erforderlichen Datenverwendungen auch eine datenschutzrechtliche Einwilligung schriftlich erteilt. Da sowohl nach neuem als auch nach altem Recht derartige Verträge, die die Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen zum Gegenstand haben, rechtswidrig und damit unzulässig sind, wird klargestellt, dass für Alt- und Neuverträge die gleichen aufsichtsrechtlichen Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen und zur Vertragsbeendigung nach § 71 Absatz 6 gelten. Die zuständige Aufsichtsbehörde und die betroffenen Vertragsparteien haben alle erforderlichen Maßnahmen zur unverzüglichen Beendigung rechtswidriger Vertragsgestaltungen – bis hin zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages – zu ergreifen. Zudem wird mit der Regelung ein weiterer Ansatzpunkt zur Manipulation von Diagnosekodierungen ausgeschlossen, soweit über die Praxissoftware das Kodierverhalten beeinflusst werden soll.

Zweiter Abschnitt

Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten

Erster Titel

Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 72

Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) [1] Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. [2] Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

§ 72a

Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen

(1) Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag.

(2) An der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 wirkt die Kassenärztliche Vereinigung insoweit mit, als die vertragsärztliche Versorgung weiterhin durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie durch ermächtigte Einrichtungen durchgeführt wird.

(3) [1] Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen. [2] Sie können auch Eigeneinrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 errichten. [3] Mit Ärzten oder Zahnärzten, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichteten (§ 95 b Abs. 1), dürfen keine Verträge nach Satz 1 abgeschlossen werden.

(4) [1] Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. [2] Die Höhe der vereinbarten Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte soll sich an Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistungen, an erweiterten Gewährleistungen oder eingeräumten Garantien oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren. [3] Ärzten, die unmittelbar nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Verträge nach Absatz 3 abschließen, können höhere Vergütungsansprüche eingeräumt werden als Ärzten, mit denen erst später Verträge abgeschlossen werden.

(5) Soweit für die Sicherstellung der Versorgung Verträge nach Absatz 3 nicht ausreichen, können auch mit Ärzten und geeigneten Einrichtungen mit Sitz im Ausland Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen werden.

(6) Ärzte oder Einrichtungen, mit denen nach Absatz 3 und 5 Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen worden sind, sind verpflichtet und befugt, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen und die für die Abrechnung der vertraglichen Vergütung notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und den Krankenkassen mitzuteilen.

§ 73

Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Anmerkung: richtig „Vertragsärztliche Versorgung“

(1) [1] Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. [2] Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen **einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer**,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

(1a) [1] An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. **Kinder- und Jugendärzte**,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte). [2] Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. [3] Der Zulassungsausschuss kann für **Kinder- und Jugendärzte** und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. [4] Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Arztgruppe der Hausärzte, der **Kinder- und Jugendärzte** oder der Fachinternisten eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen, fasst der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten den Beschluss, ob eine Regelung nach Satz 3 getroffen wird. [5] **Kinder- und Jugendärzte** mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. [6] Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

(1b) [1] Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. [2] Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. [3] Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten

Unterlagen vollständig zu übermitteln.

(2) [1] Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,

2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,

3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,

*9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Soziotherapie,
13. Zweitmeinung nach § 27b**,**
14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.

[2] Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 8, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. [3] Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. [4] Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. [5] Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

***Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2021 wird in Nummer 9 vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden“ eingefügt. (vgl. Artikel 17 Absatz 5)**

(3) In den Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur kassenärztlichen [richtig: vertragsärztlichen] Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der kassenärztlichen [richtig: vertragsärztlichen] Versorgung sind.

(4) [1] Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. [2] Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. [3] In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. [4] Das Verzeichnis nach § 39 Abs. 3 ist zu berücksichtigen.

(5) [1] Der an der kassenärztlichen [richtig: vertragsärztlichen] Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 beachten. [2] Sie können auf dem Verordnungsblatt oder in dem elektronischen Verordungsdatensatz ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben. [3] Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(6) Zur kassenärztlichen [richtig: vertragsärztlichen] Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherken-

nung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.

(7) [1] Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. [2] § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(8) [1] Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der jeweiligen Preise und Entgelte zu informieren sowie nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischen Nutzen zu geben. [2] Die Informationen und Hinweise für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgen insbesondere auf der Grundlage der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3, der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 Satz 1 und der getroffenen Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1. [3] In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bedeutsame Angaben insbesondere auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in einer Weise anzugeben, die unmittelbar einen Vergleich ermöglichen; dafür können Arzneimittel ausgewählt werden, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben. [4] Die Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis sind nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation anzugeben. [5] Es gilt die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation in der jeweils gültigen Fassung. [6] Die Übersicht ist für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, im Regelfall jährlich, zu aktualisieren.

(9) [1] Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln, von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, nur solche elektronischen Programme nutzen, die mindestens folgende Inhalte mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten:

1. die Informationen nach Absatz 8 Satz 2 und 3,
2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,
3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2,
4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen sowie
5. die Informationen nach § 35a Absatz 3a Satz 1

und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere insbesondere zu den Mindestanforderungen der Informationen nach Satz 1 Nummer 5 zu regeln. [3] Es kann in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den weiteren Anforderungen nach Satz 1 regeln. [4] Es kann dabei Vorgaben zur Abbildung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen zur Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten machen. [5] Es kann auch Vorgaben zu semantischen und technischen Voraussetzungen zur Interoperabilität machen. [6] Weitere Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren. [7] Die Vereinbarungen in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach den Sätzen 2 bis 4 sowie nach dem jeweiligen Inkrafttreten einer Änderung der Rechtsverordnung anzupassen. [8] Sie sind davon unabhängig in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

(10) [1] Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b

Absatz 2 Satz 4 **sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten** enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. [2] Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

(11) [1] **Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen.** [2] **In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden.** [3] **Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.**

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 2 Nummer 2
Mit der Ergänzung in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wird das Ziel verfolgt, die bereits heute aus medizinischen Gründen in dringenden Behandlungsfällen praktizierte und in den Regionen vertraglich vereinbarte Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer bei einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer auch in der Aufgabenbeschreibung abzubilden. Dies dient auch dazu, eine Anknüpfung für die Vergütungsregelung in § 87 Absatz 2b Satz 3 zu schaffen. Hierzu wird klargestellt, dass die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins Teil der bereits in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verankerten Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ist. Die hausärztlich koordinative Vermittlung eines fachärztlichen Behandlungstermins ist insbesondere dann erforderlich, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Regelung gilt für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte. In den bislang in den Regionen vereinbarten Verträgen wird dabei teilweise nach unterschiedlichen Dringlichkeitsgraden (z. B. innerhalb eines Tages und/oder innerhalb einer Woche) unterschieden.
***Zu Absatz 1b* – Anmerkung: Siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss**
§ 73 Absatz 1b regelt verschiedene Datenerhebungs- und Datenübermittlungsbefugnisse bzw. -pflichten der Hausärztinnen und Hausärzte und weiteren behandelnden Leistungserbringern, mit denen entsprechend der Lotsenfunktion der Hausärztin oder des Hausarztes eine zentrale Dokumentation der Behandlungsdaten bei ihm erreicht werden soll. Voraussetzung ist, dass die Versicherten schriftlich oder – nach Inkrafttreten des 2. DSAnsUG – elektronisch einwilligen.
Mit der Neuregelung in Satz 6 und dem darin enthaltenen Verweis auf § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wird klargestellt, dass außerhalb dieses Regelungsbereichs das allgemeine (und nicht das bereichsspezifische) Datenschutzrecht gilt. § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG normiert einen von einer schriftlichen Einwilligung des Patienten unabhängigen Befugnistatbestand für die Verarbeitung von Behandlungsdaten (keine Abrechnungsdaten) durch ärztliches Personal und sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen, die Neufassung von Absatz 1b und das Anfügen von Absatz 11 wie folgt:

Zu Absatz 1a
Mit den Änderungen, die nicht im bisherigen Gesetzentwurf enthalten sind, soll durchgängig im Fünften Buch Sozialgesetzbuch der Begriff „Kinderarzt" durch die Bezeichnung „Kinder- und Jugendarzt" ersetzt werden. Hierbei handelt sich lediglich um eine Änderung der Begrifflichkeit. Eine inhaltliche Änderung ist damit – insbesondere auch im Hinblick auf die Bedarfsplanung – nicht verbunden.
Zu Absatz 1b
Mit der Neufassung des Absatzes 1b werden die Regelungsteile, die bisher die datenschutzrechtlichen Befugnisse der Hausärzte und anderen behandelnden Leistungserbringer betrafen, herausgelöst und gestrichen. Für diese gelten die Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Danach kann die für die Behandlung eines Patienten erforderliche Verarbeitung von Behandlungsdaten auch durch mehrere an der Behandlung beteiligte Ärzte auf der Grundlage des § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG grundsätzlich ohne eine datenschutzrechtliche Einwilligung der Patienten erfolgen.
Erhalten bleiben diejenigen Regelungen, in denen vertragsärztliche Pflichten der Hausärzte und Leistungserbringer für eine koordinierende hausärztliche Betreuung begründet werden. Dies be-

trifft die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenübermittlung an den Hausarzt, die umgekehrte Verpflichtung des Hausarztes zur Übermittlung der erforderlichen Daten an die anderen behandelnden Leistungserbringer sowie die Übermittlung der Behandlungsunterlagen bei einem Hausarztwechsel. Das geregelte Zustimmungserfordernis der Versicherten ergibt sich nicht aus datenschutzrechtlichen Vorgaben, sondern ist Ausdruck der Souveränität der Versicherten, sich für oder gegen eine Mitteilung von Behandlungsdaten im Rahmen der koordinierenden hausärztlichen Betreuung zu entscheiden.

Zu Absatz 9 Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 35a.

Zu Absatz 10 Satz 1

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass die Besonderheiten, die sich aus der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ergeben, in den elektronischen Programmen hinterlegt werden, die die Ärzte für die Verordnung von Heilmitteln nutzen müssen.

Zu Absatz 11

Mit der Änderung des § 73 wird Vertragsärzten vorgegeben, dass sie in bestimmten Fällen bei einer Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweiterte Versorgungsverantwortung zuweist, ist, dass die vom Arzt gestellte Diagnose zu den nach § 125a vereinbarten Indikationen zählt. Nur wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung" bezeichneten Versorgungsform abzusehen. Sobald der Vertrag nach § 125a rechtkräftig ist, sollen die Ärzte die „Blankoverordnung" ab dem darauffolgenden Quartal ausstellen. Damit ausreichend Zeit bleibt, um die Details des Vertrages, insbesondere die vereinbarten Indikationen, in der Praxissoftware zu hinterlegen, ist eine Frist von mindestens sechs Wochen bis zum Beginn des nächsten Quartals erforderlich.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 mit Wirkung ab 1. Januar 2021 (vgl. Artikel 17 Absatz 5) wie folgt:

Die Regelung des § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 bezieht sich bereits auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und bestimmt, dass die Ausstellung von entsprechenden Bescheinigungen von der vertragsärztlichen Versorgung umfasst ist. Mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten erhalten die Krankenkassen die bisher in Papierform gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten direkt von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen. Damit entfiele der Anspruch der Versicherten auf Ausstellung einer Bescheinigung, da die Krankenkassen die zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigten Informationen auf anderem Weg erhalten.

Mit der Änderung wird daher sichergestellt, dass Versicherte auch nach Einführung des einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Krankenkassen eine Ausfertigung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten. Damit wird auch dem Informationsbedürfnis der Versicherten entsprochen, die an die Krankenkasse übermittelten Arbeitsunfähigkeitsdaten und insbesondere den festgestellten Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit auch zu einem späteren Zeitpunkt einfach nachvollziehen zu können. Zugleich bleibt sichergestellt, dass Versicherte sich den Zeitpunkt vergegenwärtigen können, zu dem sie sich erneut bei ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt vorstellen müssen, damit die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich festgestellt werden kann.

Die Ärztin oder der Arzt kann die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Versicherten auch über bereits bestehende oder zukünftig entstehende Versichertenportale oder die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen. Insoweit wird mit der Änderung auch gewährleistet, dass für die Versicherten weiterhin die Möglichkeit besteht, den Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit an ihre Krankenkasse zu übermitteln.

Begründung zum AMVSG:

Zur Überschrift

Ergänzung der Überschrift um die neue Verordnungsermächtigung (vgl. Absatz 9).

Zu Absatz 5 Satz 3

Mit der Neuregelung wird der Verweis auf die Festbetragsregelungen aktualisiert. Bis zum 27. Dezember 2010 fand sich in § 35a eine Ermächtigungsgrundlage des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen und im Ausnahmefall Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen. Diese Regelung wurde gestrichen. § 35a regelt heute die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Verweis auf § 35a ist veraltet und daher zu streichen. In anderen Regelungen wird entsprechend stets nur auf § 35 verwiesen (vgl. §§ 92 Absatz 2 Satz 11, 130a Absatz 3a Satz 1).

Zu Absatz 8 Satz 7 bis 10 – aufgehoben
Die Regelungen werden in die neuen Absätze 9 und 10 überführt. In Absatz 8 verbleiben die Regelungen zu den Hinweisen zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise.
Zu Absatz 9 und 10 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Absatz 9 **und durch TSVG**
Der neue Absatz 9 regelt die Voraussetzungen für die Verwendung von elektronischen Programmen für die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.
Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 8 Satz 7. Er macht Angaben zu den Inhalten, die elektronische Programme zur Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung mindestens enthalten müssen und schreibt die Zulassung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor. Die bisherige Regelung wird um die Nummer 5 ergänzt. Diese schreibt vor, dass die zur Verordnung von Arzneimitteln zugelassenen Programme künftig auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellten maschinenlesbaren Informationen über den Zusatznutzen von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3a enthalten müssen.
Die Sätze 2 bis 4 ermächtigen das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere zur Abbildung der Informationen über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Nutzenbewertung nach § 35a durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu regeln und dabei insbesondere auch Vorgaben zu Hinweisen zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten zu machen. Sofern erforderlich, kann die Rechtsverordnung auch das Nähere zu den Angaben nach den Nummern 1 bis 4 regeln. Damit wird gewährleistet, dass die Anforderungen an die elektronischen Programme bei Bedarf auch über die Abbildung der Ergebnisse der Nutzenbewertung hinaus weiterentwickelt werden können.
Die Notwendigkeit einer besseren Information von Ärztinnen und Ärzten über die Ergebnisse der Nutzenbewertung war auch in dem im Vorblatt zu diesem Gesetzentwurf erwähnten Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie mit Vertretern der pharmazeutischen Verbände, der Wissenschaft und der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie im Konsens betont worden. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte in diesem Zusammenhang zugesagt, die Dialogpartner bei der Erarbeitung eines entsprechenden Konzeptes zu beteiligen. Es wird zur Einhaltung dieser Zusage vor Erlass der Rechtsverordnung einen Konsultationsprozess durchführen.
Weitere Einzelheiten sind nach Satz 6 in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren. Dies entspricht der Regelung im bisherigen Absatz 8 Satz 8. Satz 7 gibt den Vertragspartnern nach § 82 eine Frist zur Umsetzung per Rechtsverordnung erlassener Vorschriften von drei Monaten nach dem Inkrafttreten sowie jeder Änderung der Rechtsverordnung. In Satz 8 wird klargestellt, dass darüber hinaus eine regelmäßige Überprüfung der Vereinbarungen sowie gegebenenfalls eine Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen zu erfolgen hat.
Der neue Absatz 10 entspricht dem bisherigen Absatz 8 Satz 9 und 10 und regelt die Voraussetzungen für die Verwendung von elektronischen Programmen für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 9 **– Anmerkung: Siehe Änderung durch TSVG**
Es handelt sich bei den Regelungen in den neuen Sätzen 3 bis 5 vor allem um eine Klarstellung des Gewollten. Die zur Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten elektronischen Programme enthalten bereits bisher die in der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6) sowie die in den Rahmenvorgaben (§ 84 Absatz 7 Satz 1) und den regionalen Arzneimittelvereinbarungen (§ 84 Absatz 1 Satz 1) konkretisierten die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen zur Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln. Durch die Änderung wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei Bedarf Vorgaben zur Abbildung dieser Regelungen machen kann. Der Selbstverwaltung ist es in der Vergangenheit häufig nicht oder nur unzureichend gelungen, die gesetzlichen Vorgaben sämtlich und in angemessener Zeit in die Vorgaben für die Zertifizierung der Praxissoftwareprogramme zu übernehmen. Insofern erhält das Bundesministerium für Gesundheit mit der „Kann"-Regelung die Möglichkeit, künftig konkrete Vorgaben zu machen, um sicherzustellen, dass die bei der Verordnung von Arzneimitteln geltenden Vorschriften in den Praxisverwaltungsprogrammen abgebildet werden.
Das entbindet die Selbstverwaltung nicht von ihrer Aufgabe, diese geltenden Vorschriften umzusetzen. Ziel ist es, die für die Verordnung von Arzneimitteln erforderlichen Informationen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten einfach zugänglich zur Verfügung zu stellen und sie so bei der Auswahl des jeweils geeigneten Arzneimittels optimal zu unterstützen.
Die Ermächtigung wird zudem dahingehend erweitert, dass in der Rechtsverordnung Vorgaben zu semantischen und technischen Voraussetzungen zur Interoperabilität gemacht werden können. Neben technischer Interoperabilität ist semantische Interoperabilität erforderlich, damit die Bedeutung von ausgetauschten Informationen zwischen beteiligten Systemen richtig interpretiert wird und daraus ein sinnvolles Ergebnis generiert werden kann. Semantische Interoperabilität wird in erster Linie durch die Anwendung von Klassifikationssystemen und Nomenklaturen erzielt. Die Rechtsverordnung kann beispielsweise Vorgaben für offene, systemneutrale, interoperable und möglichst standardisierte Datenschnittstellen machen, über die

die maschinenlesbare Fassung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung (vgl. § 35a Absatz 3a) oder andere relevante Informationen in jedes System integriert werden können. Eine solche Schnittstelle kann zudem dafür genutzt werden, weitere, fachgruppenspezifische Informationen zur Arzneimitteltherapie in die Softwareprogramme zu integrieren. Damit wird einem in der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit vorgetragenen Anliegen Rechnung getragen. Es wurde darauf hingewiesen, dass zur Unterstützung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie die Integration weiterer Informationen, beispielsweise aufgrund von Leitlinien, in die Programme, die zur Verordnung von Arzneimitteln zu verwenden sind, sinnvoll sein kann. Dies erscheint im Grundsatz nachvollziehbar und sinnvoll. Die verbindliche Aufnahme von fachgruppenspezifisch nach Art und Umfang sehr unterschiedlichen Informationen oder gar einheitliche Vorgaben dafür erscheinen hingegen nicht zielführend. Über die Vorgabe technischer Voraussetzungen zur Interoperabilität kann jedoch die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass solche Informationen in die am Markt verwendeten Programme integriert werden können. Vorgaben für eine Schnittstelle sind auch erforderlich, um die herstellerneutrale und systemunabhängige Nutzung elektronischer Programme zur Verordnung von Arzneimitteln zu ermöglichen. Auch dies dient der optimalen Unterstützung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Arzneimittelauswahl.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 9 Satz 1
Mit der Neuregelung in § 31 Absatz 1a wird definiert, welche Produkte Verbandmittel sind und zur Erstattungsfähigkeit in der GKV – wie bisher – keiner weiteren Befassung des G-BA bedürfen. Gleichzeitig werden solche Medizinprodukte, die ebenfalls der Wundversorgung dienen, aber keine Verbandmittel im Sinne der Definition sind, zur Erlangung der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV auf das Verfahren nach § 31 Absatz 1a Satz 4 verwiesen.
Mangels gesetzliche Meldeverpflichtung in § 131 fehlt es im Bereich der erstattungsfähigen Medizinprodukte (derzeit Anlage V der AM-RL des G-BA) an hinreichender Markttransparenz für die beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte. Dies beeinträchtigt das Abrechnungsgeschehen. Eine solche Meldeverpflichtung wird in § 131 eingeführt.
Die Neuregelung sorgt dafür, dass Vertragsärztinnen und -ärzte künftig bei der Verordnung dieser Leistungen und von Verbandmitteln wie auch schon bei Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die diese gemeldeten Informationen auch enthalten. Umfasst ist von der Meldeverpflichtung in § 131 dabei auch ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV. So erhalten Vertragsärztinnen und -ärzte Verordnungssicherheit bei entsprechenden Produkten, indem sie anhand ihres Praxisverwaltungssystems erkennen können, ob ein Produkt in die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV aufgenommen wurde, und zudem wird ein bundesweit einheitliches Vorgehen sichergestellt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 7 Satz 1
Die Regelung stellt klar, dass neben dem Verbot von Zuweisungen von Versicherten gegen Entgelt auch ein vertragsärztliches Fehlverhalten gegeben ist, wenn Vertragsärztinnen und Vertragsärzte allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung (ergänzend zur regulären Vergütung) oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Das ärztliche Handeln ist am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen Ärztinnen und Ärzte nicht eigene wirtschaftliche Interessen oder das Interesse Dritter über dieses Wohl stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diesen Tatbestand bei der Verhängung von Sanktionsmaßnahmen entsprechend ihrer Satzungsbestimmungen gemäß § 81 Absatz 5 zu berücksichtigen.
Zu Absatz 9 Satz 1 – Anmerkung: siehe vorstehende Begründung
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung vor dem Hintergrund eines weiteren Gesetzgebungsvorhabens (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, Drucksache 18/10208), das ebenfalls in § 73 Änderungen vornimmt, die zeitlich früher in Kraft treten sollen.

§ 73a – weggefallen

§ 73b

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) [1] Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. [2] Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich **oder elektronisch** gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines **Kinder- und Jugendarztes** bleibt unberührt. [3] Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe **schriftlich, elektronisch** oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. [4] Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. [5] Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht **schriftlich oder elektronisch** mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. [6] Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. [7] Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. [8] Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(4) [1] Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. [2] Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. [3] Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

[4] Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen. [5] In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben. [6] Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. [7] Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(4a) [1] Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens,

haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. [2] Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. [3] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. [4] Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. [5] Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

(5) [1] In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; in Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren. [2] Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. [3] Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ **20i**, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [4] Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. [5] § 106d Absatz 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend. [6] Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. [7] Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(5a) [1] **Kündigt die Krankenkasse einen Vertrag nach Absatz 4 und kommt bis zum Ablauf dieses Vertrages kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter.** [2] **Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.**

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) [1] Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. [2] Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. [3] Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. [4] Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. [5] Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. [6] Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. [7] Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. [8] Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. [9] Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die

über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.

(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3 Satz 2, 3 und 5
Die Änderungen sehen vor, dass die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung, deren Widerruf und die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht künftig schriftlich oder elektronisch zu erfolgen haben. Bislang wurde für die Teilnahmeerklärung Schriftlichkeit und für den Widerruf (neben der Möglichkeit, diesen zur Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären) sowie für die Belehrung über den Widerruf die Abgabe in Textform verlangt. Mit den Änderungen soll eine Vereinheitlichung mit der gesetzlich vorgesehenen Form für datenschutzrechtliche Einwilligungen im SGB V hergestellt werden. Gemäß den Änderungen im 2. Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetz sollen diese in der Regel schriftlich oder elektronisch erfolgen. Der Schutz der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt.
Zu Absatz 5 Satz 3
Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1366) eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.

Der 14. Ausschuss begründet das Einfügen von Absatz 5a wie folgt:

Mit dem Änderungsantrag wird geregelt, dass im Falle der Kündigung eines Vertrages über die HzV durch die Krankenkasse die Regelungen des Vertrages vorläufig solange weitergelten, bis ein neuer Vertrag zu Stande gekommen ist.
Dadurch wird verhindert, dass der in Absatz 4 vorgesehene flächendeckende Abschluss von HzV-Verträgen im Fall einer Kündigung über einen unbestimmten Zeitraum unterlaufen wird. Zugleich stellt die Regelung entsprechend der gesetzlichen Intention, den Versicherten eine flächendeckende HzV anzubieten, sicher, dass die Versicherten diese Versorgungsform auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sich die Vertragsparteien nach einer Kündigung nicht rechtzeitig auf einen neuen Vertrag einigen können. Dadurch werden insbesondere auch die Versicherten dauerhaft geschützt, die sich für eine hausarztzentrierte Versorgung entschieden haben.
Diese Regelung kann nur für den Fall einer Kündigung durch eine Krankenkasse getroffen werden, da die Vertragspartner der Krankenkassen nicht zum Abschluss eines Vertrages verpflichtet sind.
Die Regelung gilt nicht für außerordentliche Kündigungen nach § 71 Absatz 6 Satz 3. Dies betrifft den Fall, dass durch den HzV-Vertrag das Recht erheblich verletzt wird und die Aufsichtsbehörde gegenüber der Krankenkasse anordnet, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben. Gelingt in diesem Fall keine einvernehmliche Anpassung oder Beseitigung der als rechtswidrig beanstandeten Vertragsbestandteile, ist die Krankenkasse berechtigt, den Vertrag außerordentlich zu kündigen. In einer solchen Situation wäre es nicht hinnehmbar, die Vereinbarung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages auf unbestimmte Zeit fortzuführen.
Auch wenn ein Vertrag aus anderen Gründen von der Krankenkasse (zum Beispiel ordentlich) gekündigt wurde, bleiben die Befugnisse der Aufsichtsbehörde nach § 71 Absatz 6 hinsichtlich des fortgeltenden Vertrages unberührt. Sie kann danach alle Anordnungen treffen, die für die sofortige Behebung einer erheblichen Rechtsverletzung erforderlich sind. So kann insbesondere die Vollziehung der rechtswidrigen Vertragsbestandteile untersagt werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 5 Satz 7
Parallelregelung zum neuen § 83 Satz 4. Auch in Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung sind Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen unzulässig.

§ 74

Stufenweise Wiedereingliederung

[1] Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die

Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen. [2] **Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen.** [3] **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum 30. November 2019 das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.**

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Satz 2 und 3:

Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt.

Menschen, die an einer längerfristigen Erkrankung leiden, haben häufig Schwierigkeiten, ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Je länger eine Erkrankung andauert, desto schwieriger ist es zumeist, beruflich wieder Fuß zu fassen. Bei positivem Therapieverlauf ist es möglich, dass Betroffene zwar noch nicht voll in den Beruf zurückkehren können, aber – unter ärztlicher Aufsicht und als therapeutische Maßnahme – schrittweise ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Dieses – häufig auch als „Hamburger Modell" bezeichnete Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung hat sich in der Praxis bewährt. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit können hierdurch Beschäftigte schonend, aber kontinuierlich an die Belastungen ihres Arbeitsplatzes herangeführt werden.

Gleichwohl gibt es derzeit weder konkrete Strukturen noch Prozesse, die eine systematische Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung gewährleisten. Die Nutzung einer stufenweisen Wiedereingliederung scheint weitgehend einem Zufallsprinzip zu folgen. Es ist nicht gewährleistet, dass alle Versicherten, für die eine stufenweise Wiedereingliederung in Betracht kommt, tatsächlich eine entsprechende ärztliche Empfehlung erhalten.

Durch die Neuregelung werden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, künftig ab einer bescheinigten Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen die Option einer stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig zu prüfen. Damit soll gewährleistet werden, dass Versicherte, für die das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung geeignet ist, auch tatsächlich von einer solchen Maßnahme profitieren können. Bei einer Erkrankungsdauer von unter sechs Wochen ist eine regelmäßige Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung nicht erforderlich, da Versicherte in diesen Fällen in der Regel unmittelbar an den Arbeitsplatz zurückkehren können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Richtlinie nach § 92 das Verfahren zur regelmäßigen Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung fest. Dazu hat er die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 insbesondere dahingehend anzupassen, dass nunmehr ein für jeden Arzt verpflichtendes Verfahren zur Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung festgelegt werden muss. Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch Ausnahmen von der regelmäßigen Prüfung festlegen.

Nach § 87 Absatz 5b Satz 2 hat der Bewertungsausschuss in Folge von Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses innerhalb von sechs Monaten eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen vorzunehmen, soweit dies erforderlich ist.

Durch die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung kann der Genesungsprozess gefördert und die soziale Teilhabe von Versicherten mit längerer Erkrankung gestärkt werden. Überdies profitieren die Versicherten bei einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Berufsleben auch finanziell durch die Wiedererlangung der vollen Lohn- und Gehaltszahlung im Vergleich zum Bezug des niedrigeren Krankengeldes.

Die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weiterhin freiwillig. Auch für die Arbeitgeber beinhaltet die Neuregelung des Absatzes 2 keine Änderungen in Bezug auf das Verfahren zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung.

Als Begleiteffekte der Stärkung der Wiedereingliederung in das Berufsleben können verkürzte Krankengeldbezugsdauern zu Minderausgaben der Krankenkassen beim Krankengeld führen und Beitragseinnahmen aus wiedererlangten Lohn- und Gehaltszahlungen zu Mehreinnahmen.

§ 75

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die ver-

tragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. [2] Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. [3] Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

(1a) [1] Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der **vertragsärztlichen** Versorgung. [2] **Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.** [3] **Die Terminservicestelle hat**

1. **Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,**
2. **Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und**
3. **Versicherten spätestens zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.**

[4] **Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.** [5] Die Wartezeit auf **einen** Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. [6] Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten **Arzt** muss zumutbar sein. [7] Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach **Satz 5** vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; **Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6** gelten entsprechend. [8] **Satz 7** gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen**, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt,** und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. [9] Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. [10] In den Fällen von **Satz 8** hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. [11] Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. **zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,**
3. zur zumutbaren Entfernung nach **Satz 6**, differenziert nach Arztgruppen,
4. über das Nähere zu den Fällen nach **Satz 8**,
5. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

[12] Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. [13] Die **Sätze 2 bis 12** gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und § 29. [14] **Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht.** [15] **Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten.** [16] **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch ge-**

stütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können. [17] **Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.** [18] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von **Arztterminen**, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. [19] Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten. [20] **Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.**

(1b) [1] Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. [2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. [3] Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. [4] Satz 3 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. [5] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 2 einzubeziehen. [6] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

(2) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. [2] Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. [2] Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. [3] Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlasst werden.

(3a) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. [2] Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen

des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. [3] Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) [1] Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. [2] Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend.[3] Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. [4] Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. [5] Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

[6] Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. [7] Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. [8] Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. [3] Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. [4] Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. [5] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt **§ 134a Absatz 4 Satz 5 und 6** entsprechend. [6] Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. [7] Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. [2] Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,
2. in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärzlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind,
3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen**,**
4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen **Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2** aufzustellen**,**
5. **Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und**
6. **Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.**

[2] Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. [3] Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. [4] **Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.**

(7a) [1] Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. [2] Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaß-

stabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1a
Zu Satz 1
Nach § 75 Absatz 1a Satz 1 umfasst der in § 75 Absatz 1 geregelte Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird nunmehr ausdrücklich auf die vertragsärztliche und damit auch auf die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung erweitert. Künftig müssen daher die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine bei Hausärzten und bei Kinder- und Jugendärzten vermitteln.
***Zu Satz 2* – Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss**
Mit der Neufassung des Satzes 2 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen verpflichtet, die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte zu informieren. Hierdurch sollen sich die Versicherten einfacher darüber informieren können, zu welchen Zeiten Ärztinnen und Ärzte Sprechstunden anbieten. Die Information über die Sprechstundenzeiten schließt auch Angaben über die offenen Sprechstunden mit ein.
Zum anderen wird zur Verbesserung der Erreichbarkeit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 23. Januar 2016 eingerichteten Terminservicestellen vorgesehen, dass diese drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes täglich an sieben Tagen in der Woche (24/7) unter einer bundesweit einheitlichen einprägsamen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Hintergrund dieser Regelung ist auch die Erweiterung der Terminservicestelle zu einer neuen Servicestelle, die den Versicherten künftig in Akutfällen auch während der üblichen Sprechstundezeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat (vgl. hierzu Neuregelung in Absatz 1a Satz 3 Nummer 3), sowie die Zusammenlegung mit der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117). Ergänzt wird die Regelung daher auch durch eine Änderung in Absatz 7 Satz 1 Nummern 5, mit der die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet wird, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer getroffenen Regelung, eine Richtlinie für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer aufzustellen.
Gestrichen wird schließlich das bisher vorgesehene Datum für die Einrichtung der Terminservicestellen, nachdem diese fristgerecht zum 23. Januar 2016 eingerichtet wurden und das Datum damit obsolet ist.
Zu Satz 3
Der neu gefasste Satz 3 übernimmt in Nummer 1 die bereits bestehende Aufgabe der Terminservicestellen, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln. Da die Terminservicestelle nunmehr auch Termine zu Haus- und Kinder- und Jugendärzten vermittelt (vgl. Änderung zu Satz 1) und es für die Vermittlung solcher Termine keiner Überweisung bedarf, wird das bisher in Satz 3 geregelte Überweisungserfordernis für Behandlungstermine bei einer Fachärztin oder einem Facharzt an dieser Stelle gestrichen. Es wird stattdessen im neuen Satz 4 geregelt.
Mit der Regelung in Nummer 2 erhält die Terminservicestelle eine weitere neue Aufgabe. So wird die neue Verpflichtung zur Vermittlung von Behandlungsterminen auch bei Haus- und Kinder- und Jugendärzten um die Verpflichtung ergänzt, Versicherte künftig auch bei der Suche nach einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft hausärztlich betreut. Anlass hierfür ist, dass Versicherte immer wieder darüber berichten, dass sie entgegen der Regelung des § 76 Absatz 3 Satz 2, nach der sie einen Hausarzt zu wählen haben, keinen Hausarzt finden, der sie dauerhaft hausärztlich betreut. Die Terminservicestellen werden daher verpflichtet, den Versicherten bei entsprechendem Bedarf nicht nur einen Behandlungstermin im Einzelfall, sondern auch einen Haus- oder einen Kinder- und Jugendarzt zu vermitteln, den sie nach § 76 Absatz 3 wählen können.
Mit der Regelung unter Nummer 3 erhalten die Terminservicestellen noch eine weitere Aufgabe. Drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes* (Anmerkung: Durch den 14. Ausschuss „spätestens zum 1. Januar 2020“) *haben sie in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Dabei haben sie die Versicherten auf der Grundlage eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entwickelnden bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (vgl. Absatz 7 Satz 1 Nummer 6) in die richtige Versorgungsebene vermitteln. Erforderlich hierfür ist daher entsprechend qualifiziertes Personal. Für Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute verpflichtet, den Versicherten eine entsprechende Versorgung zu vermitteln, da ihr Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1b Satz 1 auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst. Neu ist damit zum einen die ausdrückliche Zuweisung der Vermittlung dieser Akutfälle über die Terminservicestelle und zum anderen eine entsprechende Vermittlung auch während der Sprechstundenzeiten und damit rund um die Uhr. Damit wird die Terminservicestelle zukünftig zu einer Servicestelle mit erweitertem Aufgabenspektrum weiterentwickelt.

Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlinanspruchnahme der Notfallambulanzen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden. So ist die Versorgungslage in Notfällen aktuell durch eine wachsende Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und eine geringere Inanspruchnahme des durch die niedergelassenen Ärzte organisierten Notdienstes gekennzeichnet. Insbesondere auch während der regulären Öffnungszeiten vertragsärztlicher (Facharzt-)Praxen suchen Versicherte zunehmend öfter Notfallambulanzen auf, obwohl sie sich teilweise auch an niedergelassene Ärzte wenden könnten und müssten. Folge ist, dass insbesondere die stationären Notfalleinrichtungen eine steigende Überlastung beklagen. Dieser Entwicklung soll mit einer verbesserten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene durch die Terminservicestelle begegnet werden. Die Terminservicestelle vermitteln daher nunmehr auf der Grundlage eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz (sog. Triage). Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Der neue Satz 4 regelt nunmehr zusammenfassend die Überweisungserfordernisse. Der neue Satz 4 übernimmt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Regelung, nach der für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt eine Überweisung vorliegen muss. Festgehalten wird auch an der Ausnahmeregelung des bisherigen Satzes 3 zweiter Halbsatz für Behandlungstermine bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt. Für die Vermittlung solcher Behandlungstermine müssen Versicherte auch künftig nicht über eine Überweisung verfügen. Ebenfalls keiner Überweisung bedarf es in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3, da es in solchen Fällen ohnehin kaum möglich wäre, vorher eine Überweisung einzuholen.

Einer Überweisung bedarf es hingegen in den Fällen des neuen Satzes 11 Nummer 2, d. h. in den Fällen, in denen im Bundesmantelvertrag vorgesehen wird, dass ausnahmsweise auch für einen Behandlungstermin bei einem Hausarzt oder einem Kinder- und Jugendarzt eine Überweisung erforderlich ist (vgl. Änderung Satz 11 Nummer 2).

Zu Satz 5 bis 10

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen, die entweder redaktioneller Art oder der Notwendigkeit zur Anpassung von Verweisen aufgrund des neu eingefügten Satzes 4 geschuldet sind.

Zu Satz 11

Im bisherigen Satz 10 wird zum einen die dort vorgesehene Frist für die im Bundesmantelvertrag zu treffenden Regelungen gestrichen, nachdem diese Regelungen inzwischen getroffen wurden. Eingefügt wird zum anderen ein neuer Regelungsauftrag (neue Nummer 2). So wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Erforderlich ist dies in den Fällen, in denen ein Behandlungstermin bei einem Hausarzt für eine besondere Versorgung vermittelt wird, die einen Fachkundenachweis, eine besondere Praxisausstattung oder andere Anforderungen an die Versorgungsqualität erfordert (z. B. für eine Schmerztherapie). Zudem werden in den bisherigen Nummern 2 und 3 als Folgeänderungen Verweisanpassungen vorgenommen.

Zu Satz 13

Bei der Anpassung der Verweise handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Struktur des Absatzes 1a.

Zu Satz 14 und 15

Die Eingangsformulierung des bisherigen Satzes 13, die an das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 knüpft, kann gestrichen werden, nachdem der entsprechende Beschluss zum 1. April 2017 in Kraft getreten ist. Bei der weiteren Änderung im bisherigen Satz 13 handelt es sich um eine Anpassung der Verweise als Folgeänderung der neuen Struktur des Absatzes 1a. Die in dem folgenden Satz für die Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Akutbehandlungen vorgesehene Verkürzung der Wartefrist auf höchstens zwei Wochen wird aufgrund der medizinischen Dringlichkeit der Behandlung vorgenommen. Dabei gilt wie bisher, dass die konkrete Wartezeit letztlich vom jeweiligen Einzelfall abhängig zu machen ist und auch Wartezeiten, die deutlich kürzer als zwei Wochen sind, medizinisch geboten sein können.

Zu Satz 16 – Anmerkung: Siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss

Bereits nach geltendem Recht ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen kann. Aus dieser Kann-Regelung wird nunmehr eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hierdurch sollen die bisherige Terminvermittlung und die neu hinzu kommende Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote) verbunden werden. Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

Zudem wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung im neuen zweiten Halbsatz dazu verpflichtet,

für die Versicherten eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, mit denen sie auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, auf der die Kassenärztliche Vereinigung die Sprechstundenzeiten der Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht. Dadurch wird für die Versicherten eine zusätzliche, einfache Informationsmöglichkeit geschaffen.
Zu Satz 18
Der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen zu evaluieren, bezieht sich auf die Vermittlung von Facharztterminen. Da die Terminservicestelle zukünftig auch Termine bei Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten vermittelt, ist der Evaluationsauftrag entsprechend anzupassen.
Zu Absatz 3c Satz 5
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6. Das bisher in § 89 Absatz 3 vorgesehene Verfahren bei Nichteinigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter per Los entscheiden zu lassen, wird dort durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt (siehe Begründungstext zu § 89). Um bei den gemeinsamen Schiedsstellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung den Status quo zu erhalten, wird künftig auf § 134a Absatz 4 Satz 5 und 6 verwiesen, der dem bisherigen Verfahren in § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6 entspricht.
Zu Absatz 7
Zu Satz 1 Nummer 5 und 6 – **Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss**
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zum einen verpflichtet, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) getroffenen Regelung, eine Richtlinie aufzustellen für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2, die täglich 24 Stunden erreichbar sein muss. Hierdurch soll eine einheitliche und verbindliche Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden, wobei sicherzustellen ist, dass die neue Servicenummer in das künftige System einer verbesserten Notfallversorgung mit den im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallleitstellen (Zusammenlegung der Rufnummern 112 und 116117) integrierbar ist.
Zum anderen gibt die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung (vgl. Änderung zu Absatz 1a Satz 16) künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen sind. Auch diese Richtlinienregelung dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.
Darüber hinaus wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 der Auftrag erteilt, Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen erfolgt (s. Begründung zu Absatz 1a Satz 3 Nummer 3). Um das Ziel einer besseren, bedarfsgerechten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene zu erreichen, um sicherzustellen, dass die Regelungen in das künftige System einer gemeinsamen Notfallversorgung integriert werden können und vor dem Hintergrund, dass das Ersteinschätzungssystem auf medizinischen Gesichtspunkten beruht, ist es notwendig, auf Bundesebene ein einheitliches, standardisiertes Verfahren zu entwickeln.
Zu Satz 4
Vorgesehen wird, dass die neuen Richtlinien nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 und 5, die nach § 81 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Mitglieder verbindlich sind, auch sicherstellen müssen, dass die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Die Richtlinien haben daher auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a
Zu Satz 2
Mit der Änderung wird ein bundesweit einheitlicher Standard für die Veröffentlichung von Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen normiert. Dadurch wird sichergestellt, dass sich die Versicherten im Bedarfsfall bundesweit einheitlich über Sprechstundenzeiten nahegelegener Arztpraxen informieren können.
Zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zählt auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Zudem ist nach § 2a deren besonderen Belangen Rechnung zu tragen. Vor diesem Hintergrund wird die Informationspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen darauf ausgedehnt, die Versicherten über die Möglichkeiten des Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren.

Mit Blick auf die den Terminservicestellen zusätzlich übertragenen Aufgaben, die damit einhergehenden notwendigen organisatorischen Maßnahmen und gegebenenfalls notwendige Ausschreibungsverfahren wird die bisher vorgesehene Umsetzungsfrist verlängert. Die Terminservicestellen haben nunmehr spätestens zum 1. Januar 2020 rund um die Uhr und unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer erreichbar zu sein.

Im Gesetzentwurf werden die Aufgaben der Terminservicestellen weiterentwickelt, um der sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ergebenden Verpflichtung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung noch besser Rechnung tragen zu können. Mit der vorliegenden Änderung wird nunmehr zusätzlich explizit geregelt, dass die Terminservicestellen auch mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren können. Eine vergleichbare Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsleitstellen der Länder sieht Absatz 1b Satz 6 auch schon für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Organisation des Notdienstes vor.

Zu Satz 3 Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebung in Satz 2.

Zu Satz 8

Der neu gefasste Gesetzesbefehl übernimmt zunächst den im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Gesetzesbefehl zur Verweisanpassung und ergänzt diesen entsprechend eines Vorschlags des Bundesrates um eine Klarstellung zur Vermittlung von Terminen für termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder. Hintergrund ist, dass im Bereich der kinderärztlichen Versorgung insbesondere die termingebundenen Vorsorgeuntersuchungen von erheblicher Bedeutung für Kinder und Eltern sind (sog. U1 bis U9). Ziel dieser Gesundheitsuntersuchungen für Kinder ist es, festzustellen, ob ein Kind sich gesund und altersgerecht entwickelt. Dadurch können Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig behandelt werden. Da die Untersuchungsinhalte und -methoden eng auf das Kindesalter abgestimmt sind, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Kinder-Richtlinie verbindliche Untersuchungszeiträume einschließlich definierter Toleranzgrenzen festgelegt.

Die Untersuchungen können daher nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Um hier keine Rechtsunsicherheit aufkommen zu lassen, stellt die vorliegende Änderung daher klar, dass es sich bei diesen Untersuchungen nicht um verschiebbare Routineuntersuchungen handelt und somit die von den Terminservicestellen vorzunehmende zeitnahe Terminvermittlung mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen auch für termingebundene Kindervorsorgeuntersuchungen gilt.

Zu Satz 16

Zusätzlich zu der bereits im Gesetzestext enthaltenen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement zu unterstützen, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung nunmehr zusätzlich verpflichtet, auch ein Angebot für eine Struktur zu einem elektronisch gestützten Dispositionsmanagement bereitzustellen. Ergänzend wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen. In der ursprünglichen Fassung fehlte am Ende vor dem Wort „können“ das Wort „zu“.

Zu Satz 17

Mit dem neu eingefügten Satz wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eröffnet, zur Unterstützung der Terminservicestellen bei der Erfüllung ihrer in Satz 3 aufgeführten Aufgaben ergänzend zu den digitalen Angeboten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch eigene digitale Angebote bereitzustellen.

Zu Satz 20

Mit dem neu angefügten letzten Satz in Absatz 1a werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, der Terminservicestelle ihre freien Termine zu melden. Eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle kann nur dann ihre volle Effizienz entfalten, wenn die Terminservicestelle auch zeitnah und aktuell die freien Termine erfährt. Deshalb wird eine entsprechende Verpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gesetzlich geregelt. Durch die in den Terminservicestellen zum Einsatz kommenden elektronischen Programme wird den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ermöglicht, die Terminservicestellen über ihre jeweiligen aktuellen Kapazitäten in Kenntnis zu setzen.

Zu Absatz 7

Zu Satz 1a

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Bereits im Gesetzentwurf sah die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen sind. Im Hinblick darauf, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung nunmehr auch verpflichtet wird, die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzlich durch das Angebot einer Struktur für ein elek-

tronisch gestütztes Dispositionsmanagement zu unterstützen, ist auch die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend zu erweitern und auf das einheitliche, elektronisch gestützte Dispositionsmanagement zu erstrecken. Die Erweiterung der Richtlinienkompetenz dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

§ 75a

Förderung der Weiterbildung

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. [2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. [3] Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. [4] Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.

(2) [1] Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. [2] Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) [1] Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7 500 betragen. [2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. [2] Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanziellen Förderung,
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

[3] Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. [4] **Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.**

(5) [1] Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. [2] Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6) [1] Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. [2] In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. [3] Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, **und für die Qualifizierung von Weiterbildern** bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) [1] Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. [2] Es sind bundesweit bis zu **2 000** Stellen zu fördern **und es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen**.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4
Zu Satz 1
Da die nach Absatz 4 zu schließende Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung inzwischen vorliegt, wird die ursprünglich für den Abschluss der Vereinbarung vorgesehene Frist gestrichen.
Zu Satz 4
Bei der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a Absatz 4 handelt es sich um eine dreiseitige Vereinbarung, für die bisher keine Konfliktlösungsregelung vorgesehen war. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass eine Einigung der Vereinbarungsparteien erst mit einer erheblichen Verzögerung erzielt worden ist. Um Verzögerungen bei künftigen Konfliktfällen zu vermeiden, wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a entscheidet.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 4
Die Änderungen in Absatz 4 wurden unverändert aus dem Gesetzentwurf übernommen.
Zu Absatz 7 Nummer 3
Mit der neuen Ergänzung des Absatzes 7 wird das Anliegen aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt und eine finanzielle Förderung für die Qualifizierung von Weiterbildern durch die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin vorgesehen. Die Qualifizierung von Weiterbildern wird nunmehr explizit als Förderzweck genannt.
Zu Absatz 9 Satz 2
Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) wurde die Förderung der Weiterbildung grundlegend reformiert und auch für grundversorgende Fachärzte eine Weiterbildungsförderung eingeführt. Es wurde gesetzlich vorgegeben, dass bundesweit 1 000 Stellen zu fördern sind. Um auch im Bereich der grundversorgenden Fachgebiete die Bereitschaft zur Niederlassung zu fördern und eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zu gewinnen, wird die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung von 1 000 auf 2 000 verdoppelt. Darüber hinaus wird explizit geregelt, dass auch eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung durch Ärztinnen und Ärzten der Fachgebiete sichergestellt wird, für die es einen besonderen Bedarf gibt.

§ 76

Freie Arztwahl

(1) [1] Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich

zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. [2] Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. [3] Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. [4] Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.

(1a) [1] In den Fällen des § 75 Absatz 1a **Satz 7** können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen**; dies gilt auch, wenn die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz vermittelt**. [2] Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) [1] Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. [2] Der Versicherte wählt einen Hausarzt. [3] Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben.

(3a) Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) [1] Die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung können unter den Knappschaftsärzten und den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen frei wählen. [2] Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 1a Satz 1* – Anmerkung: Siehe weitere Änderung durch den 14. Ausschuss**
Folgeänderung zu dem in § 75 Absatz 1a eingefügten neuen Satz 4.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 1a Satz 1 wie folgt:

Nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind die Terminservicestellen künftig auch verpflichtet, in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Dabei haben sie die Versicherten auf der Grundlage eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entwickelnden bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene zu vermitteln. Bei dem nunmehr angefügten Halbsatz handelt es sich um eine Folgeregelung hierzu. Kommt die Terminservicestelle im Rahmen ihres Ersteinschätzungsverfahren zu dem Ergebnis, dass Versicherte in eine Notfallambulanz vermittelt werden müssen, stellt der neue Halbsatz klar, dass die ambulante Versorgung in diesen Fällen auch durch zugelassene Krankenhäuser erfolgen kann, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Übrigen übernimmt der neu gefasste Änderungsbefehl die bereits vorgesehene Verweisänderung.

Zweiter Titel

Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

§ 77

Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

(1) [1] Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kas-

senzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). [2] Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, können sich diese nach Absatz 2 vereinigen.

(2) [1] Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Kassenärztliche Vereinigungen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. [3] § 144 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend. [4] Die Bundesvereinigung nach Absatz 4 ist vor der Vereinigung zu hören. [5] Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. [6] Darüber hinaus können die Vertragspartner der Gesamtverträge unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist.

(3) [1] Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte, die in Eigeneinrichtungen nach **§ 105 Absatz 1a** und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. [2] Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind.

(4) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen). [2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die für sie zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden insbesondere in Fragen der Rechtsetzung kurzzeitig personell unterstützen. [3] Dadurch entstehende Kosten sind ihnen grundsätzlich zu erstatten; Ausnahmen werden in den jeweiligen Gesetzen zur Feststellung der Haushalte von Bund und Ländern festgelegt.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(6) [1] §§ 88, 94 Abs. 1a bis 4 und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 des Zehnten Buches gelten entsprechend. [2] Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen und hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. [3] § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3 Satz 1
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des § 105, mit der die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig dort nicht mehr im Absatz 1 Satz 2, sondern im Absatz 1a geregelt werden.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 3 Satz 2
Die bisherige Regelung in Absatz 3 Satz 2 sieht vor, dass angestellte Ärzte nur dann Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung werden, wenn sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Wegen der fehlenden gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bezugsgröße einer wöchentlichen Arbeitszeit bei angestellten Ärzten außerhalb von Krankenhäusern wurde die Regelung nicht einheitlich ausgelegt. Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten unterschiedliche Regelungen zum notwendigen Umfang einer Halbtagsbeschäftigung. Die Voraussetzung der mindestens halbtägigen Beschäftigung wird daher durch die Voraussetzung einer Wochenarbeitszeit von mindestens zehn Stunden ersetzt. Diese Stundenzahl ist angelehnt an die Vorgaben nach § 17 Absatz 1a Bundesmantelvertrag, wonach ein Vertragsarzt mit einem halben Versorgungsauftrag mindestens zehn Sprechstunden wöchentlich zur Verfügung stehen muss. Damit soll erreicht werden, dass künftig sämtliche in einem zeitlich erheblichen Umfang angestellte Ärztinnen und Ärzte Mitglieder der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden. Mit der Festlegung einer

wöchentlichen Mindestbeschäftigungszeit von zehn Stunden von angestellten Ärztinnen und Ärzten wird zudem der stetig steigenden Zahl von angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung Rechnung getragen. Das Erfordernis von zehn Stunden Wochenarbeitszeit soll andererseits aber auch gewährleisten, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte nur dann Mitglied in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden, wenn der Umfang der ärztlichen Tätigkeit so gewichtig ist, dass Mitgliedschaft und Wählbarkeit innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung gerechtfertigt sind. Maßgeblich für die Bestimmung der wöchentlichen Arbeitszeit sind die jeweiligen Regelungen von Arbeitsvertrag oder anwendbarem Tarifvertrag.

§ 77a

Dienstleistungsgesellschaften

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben Gesellschaften gründen.

(2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:

1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,
3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarzttätigkeit betreffen,
4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.

(3) [1] Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. [2] Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen.

§ 77b

Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) [1] Vor der Entscheidung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. [2] Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung.

(2) [1] Der Vorstand hat zur Information der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind. [2] Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die

Haushaltswirtschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,

4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

[3] Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(3) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, andenen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, und für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 77b:

Die Gründung und Beteiligung an Einrichtungen ist bereits nach geltendem Recht für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 85 Absatz 1 Satz 2 SGB IV in Verbindung mit § 78 Absatz 3 Satz 3 (neu § 78 Absatz 5 Satz 2) gegenüber der Aufsichtsbehörde anzeigepflichtig. Nach § 85 Absatz 1 Satz 2 SGB IV ist die Beteiligung und Gründung von Einrichtungen nur zulässig, wenn der Zweck der Einrichtung den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dient. Da eine Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen rechtlich nicht mehr bewirken kann, als die an Recht und Gesetz gebundene Körperschaft selbst, ist die Einrichtung an den Kompetenzrahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gebunden. Die Einrichtung stellt insofern lediglich einen verlängerten Arm der Körperschaft dar, der stets den Bereich der den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übertragenden Aufgaben zu wahren hat. Weitere materielle Vorgaben für die Einrichtungen ergeben sich aus den Bestimmungen der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung, die auch für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten.

Angesichts der in der Praxis zum Teil weit entwickelten Beteiligungsformen werden die Regelungen über die Beteiligung an Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften, an denen die Spitzenverbände der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt sind, weiterentwickelt. In der Aufsichtsführung auf Bundesebene hat sich gezeigt, dass es klarerer Vorgaben insbesondere im Hinblick auf die Transparenz und Kontrolle über die Beteiligungsgesellschaften bedarf. Dies wird durch die Neueinfügung des § 77b bezweckt. Um der Vertreterversammlung als zuständiges Kontrollorgan eine ausreichende Informationsgrundlage für die Entscheidung über Errichtungen, Übernahmen oder wesentliche Erweiterungen von Einrichtungen sowie Beteiligungen an Einrichtungen zu ermöglichen, wird in § 77b Absatz 1 eine spezielle Unterrichtungspflicht des Vorstandes gegenüber der Vertreterversammlung über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung geregelt. Diese Unterrichtungspflicht soll gewährleisten, dass die Vertreterversammlung auf der Basis nachvollziehbarer Daten über die Beteiligung oder die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung entscheiden kann. Eine Entscheidung über eine Beteiligung an oder über die Errichtung, Übernahme oder die wesentliche Erweiterung von einer Einrichtung kann nur auf Basis einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung als Planungsinstrument erfolgen. Bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen ist die nach den Erfordernissen des Einzelfalls geeignete Darstellung und Berechnung anzuwenden. In Bezug auf die Beteiligung an einer Einrichtung sind der Vertreterversammlung daher zukünftig auch vor der Entscheidung insbesondere die Finanzdaten der Einrichtung und sonstige für die Beteiligung relevante Daten vorzulegen. Die Entscheidung des Vorstandes über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von sowie die Beteiligung an Einrichtungen bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung. In § 77b Absatz 2 wird die Verpflichtung zur Erstellung eines jährlichen Beteiligungsberichtes geregelt. Das aus der rechtlichen und organisatorischen Verselbstständigung der Beteiligungsgesellschaften folgende höhere Maß an Autonomie bei der Aufgabenerfüllung führt regelmäßig zu einem Informationsverlust der Vertreterversammlung. Dies gilt beispielsweise für die bei den Beteiligungsgesellschaften entstehenden Verluste, die sich nicht in den Haushalten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wiederfinden. Im Hinblick auf die Funktion der Vertreterversammlung als dem zentralen Willensbildungs- und Beschlussorgan der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist dieses Informationsdefizit durch einen jährlichen Bericht zu kompensieren (§ 77b Absatz 2). Der Beteiligungsbericht soll Aufschluss über die Tätigkeit der Einrichtung geben, damit die Vertreterversammlung in die Lage versetzt wird zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Beteiligung insbesondere im Hinblick auf den (fortbestehend) zulässigen Tätigkeits-

zweck sowie im Hinblick auf die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gegeben sind. Dabei sind auch Informationen zu geben, die Aufschluss über die Beteiligung der Einrichtung an weiteren Einrichtungen (Tochter- bzw. Enkelgesellschaften) und darüber geben, ob die Tätigkeiten der Unterbeteiligungen der Erfüllung der gesetzlich übertragenen Aufgaben der Körperschaft dienen. Ein Informationsbedürfnis besteht auch hinsichtlich der Vergütungen, die an die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Gremienmitglieder der Einrichtung für ihre Tätigkeit in der Eirichtung gezahlt werden. Daher sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen verpflichtet, darauf zu achten, dass z. B. die Satzung oder der Vertrag zur individualisierten Offenlegung der Bezüge der Geschäftsführung, des Aufsichtsrats, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung verpflichtet. Diese Informationen müssen Teil des der Vertreterversammlung jährlich zu übermittelnden Berichts sein. Wurden bereits entsprechende Verträge abgeschlossen, so gilt die Pflicht zur Offenlegung auch für diese.

Der Bericht ist der Aufsichtsbehörde und der Vertreterversammlung spätestens bis zum 1. Oktober zu übermitteln.

Die Neuregelungen in § 77b Absatz 3 dienen der Sicherung der Aufsichtsrechte. Eine Arbeitsgemeinschaft kann und darf rechtlich nicht mehr bewirken als die an Recht und Gesetz gebundenen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Durch die Auslagerung von Aufgaben auf die Gesellschaft des privaten Rechts darf die aufsichtsrechtliche Prüfung nicht umgangen werden. Es muss daher sichergestellt werden, dass die Aufsichtsbehörde auf Aufforderung alle Unterlagen und Auskünfte von der Arbeitsgemeinschaft erhält, die diese zur Ausübung der Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaft benötigt. Für Arbeitsgemeinschaften in Form von privatrechtlichen Gesellschaften ist die Anwendung von § 88 SGB IV in § 94 Absatz 3 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) und damit eine Unterrichtungspflicht bereits ausdrücklich normiert. Über diese Unterrichtungspflicht und die Pflicht zur Herausgabe von Unterlagen an die Aufsichtsbehörde hinaus soll für Beteiligungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an Arbeitsgemeinschaften nun geregelt werden, dass der Aufsichtsbehörde auch die Aufsichtsmittel gemäß § 89 SGB IV direkt gegenüber den Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung stehen. Damit wird es der Aufsichtsbehörde ermöglicht, die Arbeitsgemeinschaften bei festgestellten Rechtsverstößen aufsichtsrechtlich zu beraten und zu verpflichten, die Rechtsverstöße zu beheben. Bisher war die Aufsichtsbehörde darauf beschränkt, die Behebung von Rechtsverstößen gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzuordnen und durchzusetzen. Nun wird ein direkter Durchgriff auf die Arbeitsgemeinschaften und damit eine effektive Aufsichtsführung sichergestellt. Die Aufsichtsrechte beschränken sich dabei auf die Tätigkeiten der Arbeitsgemeinschaften und gewähren keinen direkten Zugriff auf die weiteren Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften. In den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an einer Arbeitsgemeinschaft mit Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt sind, führt das BMG in Abstimmung mit den für die übrigen Mitglieder zuständigen Aufsichtsbehörden die Aufsicht (vgl. 77 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit § 94 Absatz 2 SGB X).

In § 77b Absatz 4 wird geregelt, dass die erweiterten Pflichten des § 77b Absatz 1 und 2 auch für Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie für Arbeitsgemeinschaften gelten, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind. Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 2 SGB X sind eine besondere Art der Beteiligungsgesellschaften. Bei ihnen besteht dasselbe Informations- und Kontrollbedürfnis wie bei anderen Beteiligungsgesellschaften.

§ 78

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt das Bundesministerium für Gesundheit, die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

(2) [1] Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem diese Vereinigungen ihren Sitz haben. [2] Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(3) [1] Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. [2] Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(4) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(5) [1] Die Kosten der Tätigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß den Vorgaben der

Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. [2] Für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 83 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. [3] Die Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist für das abgelaufene Haushaltsjahr bis zum 1. Oktober des Folgejahres aufzustellen und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. [4] Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf eineinhalb Monate entfallen. [5] Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. [6] Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verwenden oder an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzuzahlen.

(6) Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 3 Satz 3
Der bisherige § 78 Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen findet sich die Regelung künftig in § 78 Absatz 6. Auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen findet künftig der neue § 78 Absatz 5 Anwendung, der im Vergleich zur bisherigen Rechtslage eine Stärkung der Rechtsaufsicht enthält. Die bisher in Absatz 3 Satz 3 enthaltene Verweisungskette für die Kassenärztlichen Vereinigungen wird aus redaktionellen Gründen in Absatz 6 neu gefasst und ein technischer Verweisungsfehler (§ 79 SGB IV statt § 79a SGB IV) korrigiert.
Zu Absatz 4
In § 78 Absatz 4 werden abweichend vom VwVG höhere Zwangsgelder für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen festgelegt. Nach § 11 VwVG besteht für die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, ein Zwangsgeld von bis zu 25 000 Euro zu verhängen. Dies ist zur Durchsetzung eines Verpflichtungsbescheids gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ineffizient und nicht zielführend. Die Obergrenze für ein im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zwangsmaßnahmen möglicherweise festzusetzendes Zwangsgeld bei der Vollstreckung aufsichtsrechtlicher Verfügungen soll daher in Orientierung an § 71 Absatz 6 erfolgen. Die Betragshöhe von 10 000 000 Euro gibt den maximalen Rahmen für ein etwaiges, nur im Ausnahmefall in Betracht kommendes Zwangsgeld vor. Über die angemessene Höhe im konkreten Einzelfall wäre unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu entscheiden.
Zu Absatz 5 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (Betriebsmittelhöchststand eineinhalb Monate, Vorlage Jahresrechnung bis 1. Oktober)
In § 78 Absatz 5 werden Grundsätze zur Finanzierung der Verwaltungskosten klargestellt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dürfen Beiträge bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nur insoweit erheben, als dies für die Deckung der Kosten für die gesetzlichen Tätigkeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erforderlich ist.
Zu den Verwaltungskosten zählen auch die Betriebsmittel, soweit sie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen erforderlich sind. Anders als die Sozialversicherungsträger, bei denen das Risiko von Liquiditätsschwankungen aufgrund ihrer Eigenschaft als Leistungsträger höher ist, haben Einnahme- und Ausgabeschwankungen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine untergeordnete Bedeutung. Der größte Teil der Ausgabenseite sind planbare Verwaltungskosten (z. B. Personal), die zu einer überwiegend stabilen Ausgabensituation beitragen. Entsprechendes kann auch für die Einnahmeseite angenommen werden. Auch hier ist beiden Kassenärztlichen Bundesvereinigungen von keinen Einnahmeausfällen auszugehen. Anders als die für Krankenkassen geltende Rechtslage werden Betriebsmittel für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen daher in Höhe einer einfachen Monatsausgabe vorgesehen. Eine Begrenzung ist erforderlich, um der (unzulässigen) Vermögensbildung über den Weg der Betriebsmittel zu begegnen. Rücklagen sind zulässig, wenn sie angemessen und für einen vorhersehbaren Bedarf zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben erforderlich sind.
Es obliegt den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Erforderlichkeit und Höhe einer Rücklagenbildung darzulegen. Auch wenn die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die von ihnen erhobenen Beiträge und anderweitige zur Verfügung stehende Einnahmen im Rahmen einer geordneten Haushalts- und Wirtschaftsführung zur Bildung „angemessener Rücklagen“ verwenden dürfen, ist ihnen damit aber weder nach Art und Höhe der Rücklagen ein Freibrief erteilt. Ob im Einzelfall die Grenze der Bildung „angemessener Rücklagen“ hin zu einer unzulässigen Vermögensbildung überschritten ist, lässt sich nur im Einzelfall

feststellen. Angemessen ist eine Rücklage dann, wenn sie sich auf das zur Erfüllung des definierten Zwecks notwendige Maß beschränkt. Eine in der Höhe sachlich nicht zu rechtfertigende Rücklage kommt einer unzulässigen Vermögensbildung gleich. Eine überhöhte Rücklage darf nicht gebildet werden und muss auf ein zulässiges Maß zurückgeführt werden. Die Entscheidung über eine Rücklage muss im Rahmen des Haushaltplans jedes Jahr neu geprüft und entschieden werden. Ein Haushaltsplan ist nicht nur dann rechtswidrig, wenn er eine überhöhte Rücklagenbildung vorsieht, sondern auch dann wenn er eine überhöhte Rücklagenbildung beibehält. Eine nicht erforderliche Rücklage bzw. eine unzulässige Vermögensbildung ist für eine Stabilisierung oder Senkung der Verwaltungskostenumlage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (Beitrag) einzusetzen oder an die Mitglieder zurückzuzahlen.
Für die Anlage der Rücklage wird der für alle Sozialversicherungsträger geltende Katalog von Anlagemöglichkeiten in § 83 SGB IV auch für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als verbindlich festgelegt. Diese Beschränkung auf bestimmte Anlageformen ergänzt den Grundsatz in § 80 Absatz 1 SGB IV, wonach Mittel sicher, rentabel und liquide anzulegen sind.
Es wird auch klargestellt, dass Fremdmittel (Bankkredite) zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht eingesetzt werden dürfen. Dieses Verbot ist sachliche Konsequenz aus der beitragszentrierten Finanzordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Daher ist ein Verweis auf die für die Sozialversicherungsträger geltende Vorschrift des § 220 Absatz 1 Satz 2 ergänzt worden.
Die Bildung von Rückstellungen zur Altersversorgung wird durch die Neuregelung nicht beschränkt. Die Vermögenswerte werden dem Verwaltungsvermögen und nicht den Betriebsmitteln zugeordnet. Die Zuführung zu den Rückstellungen zählt zu den laufenden Ausgaben und wird durch die Betriebsmittel gedeckt.
Der bisher nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen geltende § 305b wird auch auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erstreckt. Danach sind die Jahresrechnungsergebnisse zu veröffentlichen.
Zu Absatz 6 – GE – Anmerkung: aufgehoben durch 14. Ausschuss
Mit dem neuen § 78 Absatz 6 werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mindestens alle fünf Jahre zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung verpflichtet. Die Regelung ersetzt die bisher als besondere aufsichtsrechtliche Prüfung ausgestaltete Aufgabe des BMG nach § 274 Absatz 1, die auf das Bundesversicherungsamt übertragen wurde, durch die externe Prüfung der genannten Einrichtungen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen diese Prüfung durch unabhängige externe Prüfeinrichtungen durchführen lassen. Dies können Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaften oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien sein. Spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien sind insbesondere solche, die einen Schwerpunkt in der Beratung von (öffentlichen) Einrichtungen in Wirtschafts- und Compliance-Fragen haben. Dabei dürfen die Prüfeinrichtungen des letzten Jahresabschlusses nach § 77 Absatz 1a SGB IV nicht gleichzeitig auch die Prüfeinrichtungen nach§ 78 Absatz 6 sein. Damit soll zum einen der Pluralität der Prüfeinrichtungen Rechnung getragen sowie der Gefahr von Monopol-Prüfern im Gesundheitswesen entgegengewirkt werden. Zum anderen wird dadurch ein weiterer – über die Jahresabschlussrechnungsprüfung hinaus – unabhängiger Blick auf den Geschäftsbetrieb der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewährleistet. Weiterhin kann die Prüfung nicht in Folge von derselben Prüfeinrichtung durchgeführt werden. Durch diese verpflichtende Rotation wird die Unabhängigkeit der Prüfung gestärkt sowie der Pluralität der Prüfeinrichtung Rechnung getragen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, vor der Beauftragung ein Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde herbeizuführen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 5 Satz 3 und 4 (Absatz 6 – GE – aufgehoben)
Für die umfassende und ordnungsgemäße Überprüfung der Haushaltspläne der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ist es erforderlich, dass bei Vorlage der Haushaltpläne die Ergebnisse der Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches für das vorangegangene Jahr bekannt sind. Denn die Höhe und die Verwendung des Jahresergebnisses beeinflussen die Bemessung der Einnahmen in Gestalt der Beiträge und Umlagen an die Körperschaft. Da der zeitnahe Abschluss der Jahresrechnung und die gemeinsame Vorlage mit dem Haushaltsplan in der Vergangenheit teilweise nicht konsequent praktiziert wurden, bedarf es dieser Verpflichtung zur rechtzeitigen Aufstellung und Vorlage bei der Aufsichtsbehörde.
Mit der Änderung in § 78 Absatz 5 Satz 4 -neu- wird den Körperschaften ein größerer Spielraum bei der Vorhaltung von Betriebsmitteln eingeräumt und die Rechtslage insoweit an die der Krankenkassen angepasst. Mit der Streichung von Absatz 6 wird die Prüfungspflicht der Körperschaften durch externe Prüfeinrichtungen aufgehoben. Es bleibt bei der geltenden Rechtslage der turnusmäßigen Prüfung durch das Bundesversicherungsamt.

§ 78a

Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) [1] Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechts-

widrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornehmen. [2] Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) [1] Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss der Vertreterversammlung erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. [2] Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss der Vertreterversammlung ersetzen.

(3) [1] Verstößt ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. [2] Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. [3] Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die aufgrund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. [4] Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) [1] Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 auf Grund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. [2] Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 78a:

Mit der Neuregelung in § 78a wird für bestimmte Fallkonstellationen ein effektives, gestrafftes und klar umschriebenes aufsichtsrechtliches Verfahren vorgegeben. Im Bereich der Sozialversicherungsträger gibt es bereits spezielle Rechtsgrundlagen, die z. B. die ersatzweise Vornahme von Beschlüssen bzw. Satzungsänderungen durch die Aufsichtsbehörde anstelle des Selbstverwaltungsorgans vorsehen (z. B. § 195, § 114 Absatz 2 und § 147 Absatz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch). Auch im kommunalen Bereich kann die Aufsichtsbehörde z. B. rechtswidrige Beschlüsse des Rates aufheben.

In der Praxis hat sich die Durchsetzung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bei unvertretbaren Handlungen insbesondere dann als ineffizient erwiesen, wenn zur Behebung der Rechtsverletzung ein Beschluss des Selbstverwaltungsorgans erforderlich ist. Die Durchsetzung von Verpflichtungsbescheiden gemäß § 89 SGB IV durch Anordnung eines Zwangsgeldes ist in diesen Fällen wenig zielführend. Anstelle der Möglichkeit, bei solchen Fallkonstellationen § 79a analog anzuwenden, sollen mit der Neuregelung in § 78a für den Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen spezielle Ermächtigungsgrundlagen für aufsichtsrechtliche Maßnahmen mit einem klaren Anwendungsbereich und einem rechtssicheren Verfahren geregelt werden. Im Verhältnis zu § 89 SGB IV sowie § 79a handelt es sich um (vorrangige) Sonderregelungen. In allen Fällen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zunächst durch eine Anordnung mit Fristsetzung auf die Rechtsverletzung hingewiesen und es wird ihnen die Gelegenheit gegeben, durch einen entsprechenden Beschluss im Wege der Selbstverwaltung selbst Abhilfe zu schaffen. Erst wenn die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dieser Anordnung nicht nachkommen, kann die Aufsichtsbehörde selbst handeln. Eine Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn der Gesetzgeber selbst eine Frist vorgegeben hat, in der ein Beschluss zu fassen ist. In diesen Fällen kann die Aufsichtsbehörde – nach Ablauf der gesetzlichen Frist – unmittelbar den Beschluss ersetzen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht der bereits für die Krankenkassen gemäß § 195 geltenden Rechtslage. Die Regelung gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, notwendige Änderungen der Satzung anzuordnen und ggf. durch Ersatzvornahme durchzusetzen, wenn die genehmigte Satzung sich als änderungsbedürftig erweist, weil einzelne Bestimmungen mit dem geltenden Recht nicht (mehr) vereinbar, obsolet geworden oder inhaltlich anzupassen sind oder weil eine notwendige Satzungsregelung nicht getroffen ist. Dabei ist unerheblich, ob die Satzung von vornherein nicht hätte genehmigt werden dürfen oder ob sie erst nach der Genehmigung änderungsbedürftig wurde.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Fall, dass zur Umsetzung gesetzlicher Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen Beschlüsse der Vertreterversammlung erforderlich sind. Um zu verhindern, dass die erforderlichen Maßnahmen durch das Verhalten der Vertreterversammlung verhindert werden können, erhält die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, entsprechende, notwendige Beschlüsse zu ersetzen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird die Fallkonstellation geregelt, dass ein Beschluss der Vertreterversammlung gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geltendes Recht verstößt und

daher ein Aufhebungsgrund besteht. Um zu verhindern, dass solche Beschlüsse trotz Beanstandung umgesetzt werden, wird zudem geregelt, dass der Vollzug mit dem Zugang einer entsprechenden Anordnung der Aufsichtsbehörde untersagt ist. Bereits getroffene Maßnahmen müssen rückgängig gemacht werden. Hiermit wird dem suspendierenden Charakter einer Beanstandung Rechnung getragen. Im Übrigen entspricht dies auch der Rechtslage bei Beanstandungen im kommunalen Bereich.
Zu Absatz 4
Um zu verhindern, dass ein gesetzmäßiger Zustand nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wiederhergestellt werden kann, und um die Effektivität des aufsichtsrechtlichen Vorgehens zu steigern, haben Klagen gegen die aufsichtsrechtlichen Maßnahmen keine aufschiebende Wirkung.

§ 78b

Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) [1] Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. [2] Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

[3] Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder der Vertreterversammlung, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. [4] Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. [5] Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. [6] Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

(2) [1] Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. [2] Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. [3] Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. [4] Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. [2] Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. [3] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) [1] Der Entsendung der Person hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. [2] Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 78b:

Vorbemerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Absatz 1 (in Satz 2 Nummer 4 „hinreichende“ eingefügt und in Satz 3 „insbesondere“ entfallen)

Mit der Neuregelung in § 78b wird ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium geschaffen, mit dem die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 79a und ohne „Entmachtung" der Organe im Außenverhältnis ergreifen kann. Das Instrument einer „entsandten Person für besondere Angelegenheiten" bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll es der Aufsichtsbehörde im Rahmen von Aufsichtsverfahren ermöglichen, zeitnah und flexibel auf externen Sachverstand zurückzugreifen und der entsandten Person bestimmte Aufgaben bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu übertragen. Diese besondere aufsichtsrechtliche Maßnahme trägt der Eigenverantwortung der Selbstverwaltung Rechnung, da sie die Verantwortung zur Wiederherstellung des rechtmäßigen Zustands in ihren Händen belässt und lediglich zur Sicherung der erforderlichen Maßnahmen einen besonderen Experten entsenden kann.

Voraussetzung für die Entsendung einer solchen Person ist die Gefährdung der ordnungsgemäßen Verwaltung. Das Gesetz zählt hierfür beispielhaft Fälle auf, in denen eine solche Gefährdung angenommen werden kann. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn Mitglieder des Vorstandes ihren Pflichten zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung nicht ausreichend nachkommen, indem sie z. B. interne oder externe Maßnahmen ergreifen, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen, oder auch Handlungen vornehmen, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen. Auch die Nicht-Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder die Notwendigkeit einer Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder kann eine Entsendung rechtfertigen.

Gerade im letztgenannten Fall ist die Unterstützung und Begleitung durch eine externe Person notwendig und sachgerecht, um zu verhindern, dass interne Loyalitätskonflikte mit amtierenden oder ehemaligen Organmitgliedern zu Lasten einer neutralen Prüfung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht gehen und damit möglicherweise weitere Schäden für die Körperschaft verursacht werden. Die Unterstützung dient daher auch dazu, die Körperschaft durch die Einbindung einer externen Person vor weiteren Schäden oder Organstreitigkeiten zu schützen, die zu Lasten der Arbeitsfähigkeit und der Glaubwürdigkeit der Körperschaft gehen würden.

Im Gegensatz zu § 79a handelt es sich hier um Fallkonstellationen, in denen zunächst eine externe Unterstützung durch eine neutrale Person ausreichend erscheint und eine Entbindung des Vorstandes von seinen Rechten und Pflichten im Außenverhältnis nicht erforderlich ist. § 78b ist gegenüber der Regelung in § 79a sowie den allgemeinen Aufsichtsmitteln nach den §§ 88 und 89 SGB IV ein Aufsichtsmittel eigener Art und ergänzt das bestehende Aufsichtsrecht. Die Aufsichtsbehörde kann je nach Einschätzung des konkreten Sachverhaltes von allen ihr zur Verfügung stehenden Aufsichtsmitteln das angemessene und effektivste Aufsichtsmittel wählen.

Die Aufsichtsbehörde legt den Inhalt des Auftrags und die konkreten Befugnisse durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen fest. Dabei können für unterschiedliche Bereiche auch mehrere entsandte Personen eingesetzt werden. Dies können sowohl natürliche als auch juristische Personen sein. Anders als in den Fällen des § 79a erhält die entsandte Person nicht die Stellung des Organs, für das sie handelt. Die Vertretungsbefugnis der Organe nach außen wird nicht berührt. Durch die Einsetzung der entsandten Person wird dem geltenden Verhältnismäßigkeitsprinzip entsprochen und eine im Vergleich zur umfassenden Ermächtigungsgrundlage des § 79a mildere Maßnahme ermöglicht, weil die entsandte Person kein Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ersetzt.

Die entsandte Person ist gegenüber der Aufsichtsbehörde weisungsgebunden. Die Kosten einschließlich der zu gewährenden Auslagen tragen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Hierzu gehören auch die Kosten für eine Versicherung gegen Haftungsfälle im Rahmen der Ausübung der Entsendung.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1

Durch die Änderungen werden die Eingriffsvoraussetzungen und die Befugnisse der entsandten Person präzisiert.

§ 78c

Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Sofern schutzwürdige Belange Dritter nicht entgegenstehen, hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2018, einen Bericht über aufsichtsrechtliche Maßnahmen nach § 78a Absatz 1 bis 3, § 78b Absatz 1 und 4 Satz 1 und § 79a Absatz 1a und 2 Satz 1, über den Erlass von Verpflichtungsbescheiden nach § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches in Verbindung mit § 78 Absatz 3 Satz 2 sowie über den Sachstand der Aufsichtsverfahren vorzulegen.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz das Einfügen von § 78c wie folgt:

Die Berichtspflicht dient der Transparenz der aufsichtsrechtlichen Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Schützenswerte Rechte Dritter sowie datenschutzrechtliche und sozialdatenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten. Entfallen solche schutzwürdigen Belange im Laufe eines Aufsichtsverfahrens so stehen sie einer Berichtpflicht nicht mehr entgegen.

§ 79

Organe

(1) [1] Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. [2] **Für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 40 des Vierten Buches entsprechend.**

(2) [1] Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. [2] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. [3] Bei mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 2 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf bis zu 50 erhöht werden. [4] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder.

(3) [1] Die Vertreterversammlung hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Körperschaft von grundsätzlicher Bedeutung sind,
4. den Haushaltsplan festzustellen,
5. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
6. die Körperschaft gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.

[2] Sie kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. [3] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten der Körperschaft verlangen. [4] Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. [5] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Rechte nach den Sätzen 2 und 3 auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen ihrer Mitglieder geltend machen. [6] Der Vorstand hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Nebentätigkeit in ärztlichen Organisationen zu informieren.

(3a) [1] In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. [2] Bei gemeinsamen Abstimmungen einschließlich der Wahlen nach § 80 Absatz 2 sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. [3] Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmengewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum 1. November 2015; der Satzungsbeschluss bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.

(3b) [1] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat ihre Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. [2] Sie hat ihre Sitzungen zu protokollieren. [3] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ein Wortprotokoll verlangen. [4] Abstimmungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erfolgen in der Regel nicht ge-

heim. [5] Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. [6] Eine namentliche Abstimmung erfolgt über die in der Satzung nach § 81 Absatz 1 festzulegenden haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände. [7] Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind in der Regel öffentlich. [8] Die Öffentlichkeit kann nur in besonderen Fällen ausgeschlossen werden, insbesondere wenn berechtigte Interessen Einzelner einer öffentlichen Sitzung entgegenstehen.

(3c) [1] Verpflichtet sich ein Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen außerhalb seiner Tätigkeit in der Vertreterversammlung durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Zustimmung der Vertreterversammlung ab. [2] Gewähren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgrund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied der Vertreterversammlung eine Vergütung, ohne dass die Vertreterversammlung diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied der Vertreterversammlung die Vergütung zurückzugewähren, es sei denn, dass die Vertreterversammlung den Vertrag nachträglich genehmigt. [3] Ein Anspruch des Mitglieds der Vertreterversammlung gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. [4] Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(3d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder der Vertreterversammlung einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2017, von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den jeweiligen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen.

(4) [1] Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besteht aus bis zu drei Mitgliedern. [2] Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht aus drei Mitgliedern. [3] Bei Meinungsverschiedenheiten im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entscheidet der Vorstand mit der Mehrheit seiner Mitglieder. [4] Bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende. [5] Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. [6] Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. [7] Wird ein Arzt in den hauptamtlichen Vorstand gewählt, kann er eine ärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder seine Zulassung ruhen lassen. [8] Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt; die Wiederwahl ist möglich. [9] **Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie auf der Internetseite der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.** [10] Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung mitzuteilen.

(5) [1] Der Vorstand verwaltet die Körperschaft und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. [2] In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Körperschaft vertreten können.

(6) [1] **Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.** [2] Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. [3] **Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.** [4] Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 1 verlangen, dass ihr die Kassenärzt-

lichen Bundesvereinigungen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegen. [5] **Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig.** [6] **Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden.** [7] **Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen.** [8] **Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen.** [9] **Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.**

(7) [1] Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. [2] In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. [3] Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde. [4] Beziehen sich die festgestellten Verstöße auf das Handeln von Vorstandsmitgliedern, so ist auch der Vertreterversammlung zu berichten.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4 Satz 9

Die Änderung des § 79 Absatz 4 Satz 9 sorgt für eine vollständige und transparente Veröffentlichung der Vergütungen der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der jeweiligen Bundesvereinigung. Sie entspricht der Änderung des § 35a Absatz 6 Satz 2 SGB IV, auf deren Begründung verwiesen wird.

Zu Absatz 6

Zu Satz 1

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Haftungsprivilegierung nach § 42 Absatz 2 SGB IV nur für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Vertreterversammlung und nicht für die hauptamtlichen Vorstände gilt. Dies hat zur Folge, dass auch eine umfassende vertragliche Haftungsbeschränkung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit unzulässig ist, da sie dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV) widerspräche.

Zu Satz 5 bis 9

Ein Vergleich der Vorstandsvergütungen zur Beurteilung der Angemessenheit, wie er im Bereich der Krankenkassen in § 35a Absatz 6a SGB IV vorgegeben ist oder in entsprechender Anwendung auch grundsätzlich für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt, ist für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht möglich. Es fehlt an rechtssicheren Vergleichsmaßstäben, da andere Körperschaften oder Organisationen auf Bundes- oder Landesebene im Hinblick auf ihre Bedeutung, Strukturen, Größe und Aufgabenbereiche mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht zwingend vergleichbar sind. Durch die Einführung des Zustimmungsvorbehalts sollte jedoch eine effektive präventive Kontrolle der Vorstandsverträge eingeführt werden, die es den Aufsichtsbehörden ermöglicht, rechtswidrige Vertragsbestandteile und Vergütungen, die mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Haushaltswesen unvereinbar sind, zu verhindern. Um einerseits diesen Gesetzesauftrag effektiv erfüllen zu können und andererseits auch den Körperschaften einen verlässlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung vorzugeben, sind bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besondere Vorgaben für die Vorstandsvergütung notwendig.

Mit Satz 5 werden Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen. Automatische Vergütungsanpassungen oder auch die vertragliche Möglichkeit, eine Anpassung in gewissen zeitlichen Abständen zu verhandeln, haben in der Vergangenheit zu einer stetigen Erhöhung der Vergütung geführt, ohne dass dieser rechtsaufsichtlich sicher entgegengetreten werden konnte. Auch sind die in den Verträgen häufig in Bezug genommenen Tarifsteigerungen kein geeignetes Kriterium, da es sich bei Vorstandsgehältern um außertarifliche Vergütungen handelt. Für die Dauer der Amtsperiode sollen daher grundsätzlich keine Vergütungserhöhungen zulässig sein. In Anbetracht der erreichten Höhe der Vergütung und der befristeten Laufzeit der Verträge ist es zu-

mutbar, in diesem Zeitraum auf Anpassungen zu verzichten.
Die derzeit vereinbarten Vergütungen haben sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen und bisherigen Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und sind damit angemessen. Die Vergütung umfasst die monetären Vergütungsteile, die Versorgungszusagen, die sonstigen Leistungen, insbesondere für den Fall der Beendigung der Tätigkeit sowie Nebenleistungen aller Art.
Diese Vergütungen, die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 gebilligt wurden, werden daher als Grundlage für eine zustimmungsfähige Vergütung festgeschrieben.
In Satz 6 wird die Vereinbarung von darüber hinausgehenden Vergütungen zu Beginn einer neuen Amtszeit darauf beschränkt, die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes nachzuvollziehen. Hierbei ist ausschließlich eine Erhöhung der Grundvergütung nach Maßgabe der diesbezüglichen Entwicklung des Verbraucherpreisindexes zulässig. Eine weitere Erhöhung der Grundvergütung ist nicht zustimmungsfähig, ebenso wenig wie eine Erhöhung der sonstigen Vergütungsbestandteile. Zudem wird der Aufsichtsbehörde in Satz 7 die Möglichkeit eingeräumt, auch eine Absenkung der Vergütung anzuordnen. Dies kann insbesondere in Fällen eines Amtswechsels notwendig sein, um die unterschiedlichen Erfahrungswerte des alten bzw. neuen Vorstands angemessen in der Vergütung abbilden zu können.
Die Angemessenheit der Vergütung kann nicht isoliert von dem zulässigen Umfang einer Nebentätigkeit, die mit dem Amt zusammenhängt, betrachtet werden. In Satz 8 wird daher klargestellt, dass Zuwendungen, die dem Vorstandsmitglied in Zusammenhang mit der Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, auf die Gesamtvergütung anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen sind. Der Vorstandsdienstvertrag muss daher eine Regelung vorsehen, wonach solche Einnahmen entweder bei der Auszahlung der Vergütung angerechnet werden oder diese an die Körperschaft abzuführen sind. Die konkrete vertragliche Ausgestaltung der Anrechnungspflicht obliegt der Körperschaft.
Vereinbarungen zur Zukunftssicherung sollen nach Satz 9 zukünftig nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen möglich sein. Eine solche Vereinbarung liegt vor, wenn dem Vorstandsmitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Leistungen zur Absicherung mindestens eines biometrischen Risikos (z. B. Alter, Tod, Krankheit, Invalidität) zugesagt werden. Die Ansprüche werden mit Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen führten in der Vergangenheit zu intransparenten Vergünstigungen bei der Vorstandsvergütung. Aufwendungen für die Altersvorsorge bzw. sonstige Zukunftssicherungsleistungen stellen einen geldwerten Vorteil für das Vorstandsmitglied dar und sind daher ein Bestandteil der Vorstandsvergütung. Bei Direktzusagen ist der geldwerte Vorteil bezogen auf die Dauer der Amtszeit jedoch häufig nicht betragsmäßig darstellbar. Dies führte dazu, dass sich die tatsächliche Höhe der Vergütung der Vorstandsmitglieder aus den Veröffentlichungen im Bundesanzeiger nicht ablesen lässt. Zur Erhöhung der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Vorstandsvergütungen sollen daher zukünftig nur noch Zusagen getroffen werden können, die sich über einen Beitrag während der Amtszeit finanzieren. Dies soll zudem verhindern, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Verpflichtungen eingehen, deren Höhe bei Vertragsschluss nicht absehbar ist. Insbesondere einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen bergen das Risiko, dass die tatsächlichen Kosten im Voraus nicht quantifizierbar sind.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 2
Die Ehrenamtlichkeit der Tätigkeit der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen ist – anders als beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 217b Absatz 1 Satz 3, § 282 Absatz 2b Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 8, 9 und 15) – im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Sie wurde bisher ausschließlich satzungsrechtlich festgelegt. Es besteht jedoch kein Grund für die Ungleichbehandlung unter den Selbstverwaltungsorganen im Gesundheitswesen, sodass der Verweis auf § 40 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine gesetzliche Klarstellung der bisher gelebten Praxis der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen darstellt. § 40 SGB IV regelt, dass die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben.
Zu Absatz 6 Satz 3
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches. Dort soll künftig geregelt sein, dass sich die Bedeutung der Körperschaft nach der Anzahl der Versicherten bemisst. Diese Konkretisierung lässt sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht übertragen. Deren Bedeutung hängt vielmehr im Wesentlichen von der Zahl ihrer Mitglieder im Sinne des § 77 Absatz 3 ab.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 3 Satz 3 bis 6
Die ordnungsgemäße Erfüllung der Kontrollpflichten der Vertreterversammlung setzt eine ausreichende

Information der Mitglieder der Vertreterversammlung voraus. Angesichts der zum Teil komplexen Sachverhalte sind mündliche Berichte in den Sitzungen der Vertreterversammlung nicht geeignet, um die Notwendigkeit der Information sachgerecht zu erfüllen. Es ist daher erforderlich, dass die Mitglieder der Vertreterversammlung verlangen können, über wesentliche, in ihren Aufgabenbereich fallende Sachverhalte rechtzeitig, umfassend und schriftlich informiert zu werden. Das Recht, einen Bericht zu verlangen, steht dabei sowohl der Vertreterversammlung als Kollektiv (Mehrheitsbeschluss) zu, kann aber auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen in der Vertreterversammlung geltend gemacht werden. Adressat des Berichts ist die Vertreterversammlung. Der Begriff „Angelegenheiten der Körperschaft" im Sinne dieser Vorschrift ist weit zu verstehen. Hierunter fallen beispielsweise solche Sachverhalte, die finanzielle Auswirkungen auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben, aber auch solche, die das Interesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an einer interessenkonfliktfreien Tätigkeit von Mitgliedern des Vorstandes oder der Vertreterversammlung betreffen können. Gegenstand der Berichte können auch Informationen über die Inanspruchnahme von Beratungsdienstleistungen Dritter durch den Vorstand oder durch einzelne Vorstandsmitglieder sein.

Nach dem geltenden Recht ist in § 79 Absatz 3 Satz 2 ein umfassendes Einsichts- und Prüfrecht der Vertreterversammlung in alle Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt. Dieses Informationsrecht ist notwendig, damit die Vertreterversammlung die ihr übertragene Überwachungsfunktion gegenüber dem Vorstand wahrnehmen kann und diese Überwachungsfunktion durch die Vertreterversammlung gewährleistet ist. Die Vertreterversammlung kann diese Befugnis jederzeit ausüben und bedarf dazu keines besonderen Anlasses. Sie muss die Ausübung dieser Befugnis gegenüber dem Vorstand nicht begründen. Der Vorstand ist verpflichtet, der Vertreterversammlung oder dem mit dieser Funktion betrauten Ausschuss alle erbetenen Unterlagen vorzulegen und nähere Auskünfte über die entsprechenden Geschäftsvorgänge zu erteilen. Prüf- und Informationsrechte sind Grundlage für eine ordnungsgemäße Ausübung der Kontrollrechte der Vertreterversammlung. Daher wird zur Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder ergänzend zu dem Kollektivrecht der Vertreterversammlung auch das Prüf- und Informationsrecht einer Minderheit von 25 Prozent der abgegebenen Stimmen der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt.

Darüber hinaus hat der Vorstand die Vertreterversammlung über seine Nebentätigkeiten in ärztlichen Organisationen zu informieren. Dies dient der Transparenz über die Vorstandstätigkeit und damit im Ergebnis der Vermeidung von Interessenkonflikten.

Zu Absatz 3b bis 3d

Die Einfügung der Absätze 3b bis 3d dient der Stärkung der Kontrollbefugnisse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegenüber dem hauptamtlichen Vorstand sowie der Stärkung der Transparenz des Handelns beider Organe.

Zu Absatz 3b – Anmerkung: § 81 Absatz 1a – GE – durch 14. Ausschuss entfallen; siehe auch dessen Änderungen

In Absatz 3b wird geregelt, dass die Beschlüsse der Vertreterversammlung nachvollziehbar zu begründen sind. Die Bestimmung dient der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Entscheidungsfindung dieses Organs. Im Einzelfall – durch Beschluss der Vertreterversammlung oder auch generell – wenn die Vertreterversammlung hierzu eine Regelung in der Satzung getroffen hat – ist ein Wortprotokoll über die Sitzung zu erstellen. Für einen solchen Beschluss ist keine qualifizierte Mehrheit vorgeschrieben, so dass hierfür nach den Satzungsregelungen der Körperschaften die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen ausreicht. Ziel ist es, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit über die Diskussion und die Entscheidungsgrundlagen der Vertreterversammlung zu verbessern. Zudem wird geregelt, dass die Sitzungen der Vertreterversammlung öffentlich sind. Die Öffentlichkeit kann nur in besonderen Fällen ausgeschlossen werden. Abstimmungen erfolgen grundsätzlich nicht geheim. Durch eine geheime Abstimmung wird das Abstimmungsverhalten des einzelnen Mitglieds der Vertreterversammlung verdeckt, das eine entscheidende Rolle für dessen individuelle Haftung spielt. Zur Stärkung der Verantwortung der Mitglieder der Vertreterversammlung soll das Prinzip der vertrauensvollen, sachbezogenen und offenen Auseinandersetzung gefördert werden. Sachverhalte, in denen eine geheime Abstimmung in Betracht kommt, sind inder Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu regeln (§ 81 Absatz 1a Nummer 6). Zudem sollte in jedem Einzelfall der Beschluss der Vertreterversammlung über eine geheime Abstimmung schriftlich begründet werden.

Zu Absatz 3c

In Absatz 3c wird geregelt, dass Werk- und Dienstverträge mit Mitgliedern der Vertreterversammlung der Zustimmung der Vertreterversammlung bedürfen. Dies dient der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Überwachung des Vorstandes durch die Vertreterversammlung. Andernfalls könnte der Vorstand durch den Abschluss entsprechender Verträge Mitglieder der Vertreterversammlung beeinflussen. Entsprechende Transparenzvorschriften finden sich auch für Werk- und Dienstverträge mit Mitgliedern der Kontrollorgane bei juristischen Personen des Privatrechts (z. B. § 114 des Aktiengesetzes). Es wird zudem geregelt, dass gezahlte Vergütungen zurückzugewähren sind, wenn keine Zustimmung der Vertreterversammlung vorliegt. Die Vertreterversammlung kann diese Verträge auch nachträglich genehmigen. In diesen Fällen besteht kein Rückgewähranspruch. Beraterverträge müssen den compliance-rechtlichen Anforderungen im Übrigen entsprechen. Schließlich enthält die Regelung ein Aufrechnungsverbot, um zu verhindern, dass

die Geltendmachung des Rückgewähranspruchs durch Streitigkeiten über Bestand und Höhe des Bereicherungsanspruchs belastet wird.
Zu Absatz 3d
In Absatz 3d wird geregelt, dass die Höhe der Entschädigungen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigungen an die ehrenamtlichen Mitglieder der Vertreterversammlung zahlen, einschließlich Nebenleistungen zu veröffentlichen sind. Hiermit soll auch in diesem Bereich die notwendige Transparenz geschaffen werden, die erforderlich ist, weil es sich um den Einsatz auf gesetzlicher Grundlage erhobener öffentlicher Mittel handelt. Auf diese Weise wird dem Informationsbedürfnis sowohl der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als auch der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und auch der Öffentlichkeit Rechnung getragen.
Zu Absatz 4 Satz 1 bis 4
Abweichend von Satz 1 wird für die KBV festgelegt, dass der Vorstand aus drei Mitgliedern besteht. Darüber hinaus wird klargestellt, dass bei Meinungsverschiedenheiten der Vorstand mit der Mehrheit der Mitglieder entscheidet. Kommt es z. B. durch eine Stimmenthaltung zu einer Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende. Dies entspricht der Regelung in § 35a Absatz 1 Satz 4 SGB IV.
Mit den Regelungen wird den Besonderheiten bei der KBV Rechnung getragen, die insbesondere von den unterschiedlichen Interessen der fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung geprägt ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei einem Vorstand, der lediglich aus zwei Mitgliedern besteht, bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vorstandsmitgliedern zwangsläufig eine Versorgungsebene überstimmt ist. Mit der Festlegung eines aus drei Mitgliedern bestehenden Vorstandes wird der Konfliktlösungsmechanismus des Letztentscheidungsrechtes durch eine Mehrheitsentscheidung ersetzt. Dies soll einem sachgerechten Ausgleich der Interessen in der KBV dienen und insbesondere die Akzeptanz der Entscheidungen des Vorstandes erhöhen.
Die neue Zusammensetzung des Vorstandes dient dem Interessenausgleich der unterschiedlichen Versorgungsebenen, der Stärkung der Kooperation der Vorstandsmitglieder und damit der Funktionsfähigkeit der KBV.
Zu Absatz 6 Satz 4
Es wird geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vor Erteilung der Zustimmung zum Vorstandsdienstvertrag verlangen kann, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine unabhängige Prüfung der finanziellen Auswirkungen des Vorstandsdienstvertrages vornehmen lassen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen auf der Grundlage der vorgenommenen Prüfung darlegen können, dass der Vertrag mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmt, das bedeutet sowohl im Hinblick auf die Vergütung als auch im Übrigen angemessen und im Hinblick auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vertretbar ist.
Zu Absatz 7 – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss (Satz 4 angefügt)
Mit der Regelung in Absatz 7 wird die Verpflichtung des Vorstandes zur Implementierung und Sicherung einer Verwaltungsorganisation ausdrücklich gesetzlich verankert. Die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Pflicht zur Organisation des Verwaltungshandelns, um eine risikoadäquate, vermögensschonende Verwaltung sicherzustellen. Die Verpflichtung dient dem Ziel, Rechtsverstöße zu vermeiden, der Entstehung von Gefahren oder Risiken für einen Verstoß gegen die Grundsätze der ordnungsgemäßen Verwaltung entgegen zu wirken und – bei dem Verdacht von bereits stattgefundenen Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften – für eine der Körperschaft entsprechende angemessene Aufklärung, Reaktion, Risikoabsicherung und Schadensbewältigung zu sorgen. Andere wesentliche Vorschriften sind z. B. die Geschäftsordnungen oder interne Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Organisationspflicht immanent sind auch die Ziele, eine zivilrechtliche Haftung, eine aufsichtsrechtliche Beanstandung oder eine strafrechtliche Sanktionierung der Körperschaft bzw. ihrer Organe zu vermeiden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3a Satz 2
Nach § 79 Absatz 3a Satz 2 sind bei gemeinsamen Abstimmungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Stimmen der Mitglieder so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen den Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte besteht. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass es sich bei Wahlen auch um Abstimmungen handelt und die Regelung daher auch auf Wahlen in der Vertreterversammlung Anwendung findet.
Zu Absatz 3b Satz 6
Mit der Änderung wird die bisher im Gesetzentwurf gewählte Formulierung präzisiert. Eine namentliche Abstimmung hat bei den haftungsrelevanten Abstimmungsgegenständen zu erfolgen, die in der Satzung festgelegt sind. Die Körperschaften sind damit verpflichtet festzulegen, für welche haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände eine namentliche Abstimmung vorzusehen ist. Hierbei handelt es sich z. B. um Abstimmungen über privatrechtliche Verträge oder über die Geltendmachung von Forderungen, die in den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltungsgremien fallen. Dies dient der Verfahrenserleichterung im Rahmen der Sitzungen der Selbstverwaltungsgremien, da eine vor jeder Abstimmung notwendige Prüfung, ob es sich um einen haftungsrelevanten Sachverhalt handelt, entfällt.

Zu Absatz 7 Satz 4
Die Berichtspflicht gegenüber den Selbstverwaltungsgremien der Körperschaften bei festgestellten Verstößen, die das Handeln von Vorstandsmitgliedern betreffen, stellt einen ergänzenden Beitrag zur Herstellung von mehr Transparenz und zur hausinternen Aufarbeitung dar.

§ 79a

Verhinderung von Organen; Bestellung eines Beauftragten

(1) [1] Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr bestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wahr. [2] Auf deren Kosten werden ihre Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder durch den von ihr bestellten Beauftragten auch dann geführt, wenn die Vertreterversammlung oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährden, insbesondere wenn sie die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen und der Satzung verwalten, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung betreiben oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigen oder treffen.

(1a) [1] Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übertragen. [2] Dies gilt auch, wenn die Vertreterversammlung oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn sie oder er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(1b) [1] Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1a erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. [2] Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. [3] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren dem nach Absatz 1a bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. [4] Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. [5] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. [6] Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.

(2) [1] Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. [2] Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. [3] Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr bestellten Beauftragten haben die Stellung des Organs der Kassenärztlichen Vereinigung, für das sie die Geschäfte führen.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1 Satz 1
Die Neufassung erfolgt, da die Rechtsgrundlagen zum Selbsteintritt der Aufsichtsbehörde bzw. zur Einsetzung eines Beauftragten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nunmehr gesondert in den Absätzen 1a und 1b geregelt werden und sich der Absatz 1 nur noch auf die Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht.
Zu Absatz 1a und 1b
Absatz 1a entspricht der geltenden Rechtslage. Die Eingriffsbefugnis der Aufsichtsbehörde ist notwendig, um in den genannten Fällen die Funktionsfähigkeit der Körperschaften sicherzustellen. Dies gilt vor dem Hintergrund der besonderen Treuhänderfunktion der Körperschaften insbesondere für den Fall, dass das Vermögen gefährdende Entscheidungen getroffen bzw. beabsichtigt werden.

Es wird ergänzend klargestellt, dass die Übernahme der Aufgaben eines Organs sowohl ganz als auch teilweise erfolgen kann. Die Aufsichtsbehörde oder der Beauftragte kann auch zugleich für die Vertreterversammlung und den Vorstand tätig werden, insbesondere wenn schwerwiegende Rechtsverletzungen beider Organe zu beseitigen sind.

In Absatz 1b wird klargestellt, dass die Bestellung des Beauftragten nach Absatz 1a sowie die Festsetzung der Vergütung des Beauftragten durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erfolgen. Im Gegensatz zu § 78a erhält der Beauftragte in dem von der Aufsichtsbehörde bestimmten Umfang die Stellung des Organs, für das er die Geschäfte führt. In diesem Umfang sind die Organe von allen Rechten und Pflichten enthoben. Handelt es sich bei der Ersetzung um den Vorstand, ist es sachgerecht, dessen Vergütung entsprechend zu kürzen. Der Beauftragte ist verpflichtet, die Weisungen der Aufsichtsbehörde zu beachten, muss aber zugleich die Interessen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei seinen Handlungen wahren. Die Tätigkeit des Beauftragten endet, wenn der gesetzwidrige Zustand beseitigt bzw. der ordnungsgemäße Gang der Verwaltungsgeschäfte sichergestellt ist.

Zu Absatz 2 Satz 1 und 2

Es handelt sich um eine Bereinigung, da ein Widerspruchsverfahren nach § 78 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Sozialgerichtsgesetzes bei Verwaltungsakten von obersten Landes- und Bundesbehörden grundsätzlich ohnehin nicht erforderlich ist. Zudem wird klargestellt, dass sich Absatz 2 sowohl auf die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bezieht.

§ 79b

Beratender Fachausschuss für Psychotherapie

[1] Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für Psychotherapie gebildet. [2] Der Ausschuss besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden. [3] Für die Wahl der Mitglieder des Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses zugelassene Psychotherapeuten sein müssen. **[4]** Dem Ausschuss ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **[5]** Seine Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. **[6]** Das Nähere regelt die Satzung. **[7]** Die Befugnisse der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleiben unberührt.

§ 79c

Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse

[1] Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird jeweils ein beratender Fachausschuss gebildet für

1. die hausärztliche Versorgung,
2. die fachärztliche Versorgung und
3. angestellte Ärztinnen und Ärzte.

[2] Die Fachausschüsse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind. [3] Der Fachausschuss nach Satz 1 Nummer 3 besteht aus Mitgliedern, die angestellte Ärztinnen und Ärzte nach § 77 Absatz 3 Satz 2 sind. [4] Weitere beratende Fachausschüsse, insbesondere für rehabilitationsmedizinische Fragen können gebildet werden. [5] Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. [6] Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. [7] § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.

§ 80

Wahl und Abberufung

(1) [1] Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. [2] Die Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. [3] Die Psychotherapeuten wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend den Sätzen 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten sind. [4] Das Nähere zur Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung, einschließlich des Anteils der übrigen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, bestimmt die Satzung.

(1a) [1] Der Vorsitzende und jeweils ein Stellvertreter des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. [2] Die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die weiteren Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. [3] Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden.

(2) [1] Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl

1. aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden,
2. die Mitglieder des Vorstandes,
3. den Vorsitzenden des Vorstandes und den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes.

[2] Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und sein Stellvertreter dürfen nicht zugleich Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes sein. [3] Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl auf der Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. [4] Mindestens ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darf weder an der hausärztlichen noch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. [5] Für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung erforderlich. [6] Kommt eine solche Mehrheit nicht zustande, so genügt im dritten Wahlgang die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.

(3) [1] Die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden für sechs Jahre gewählt. [2] Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluss des sechsten Kalenderjahres. [3] Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt.

(4) [1] Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ihren Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter der Vertreterversammlung verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber der Vertreterversammlung verletzt hat. [2] Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. [3] Mit dem Beschluss über die Abberufung muss die Vertreterversammlung gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. [4] Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zur Überschrift
Aufgrund der Regelung in Absatz 4 zur Möglichkeit der Abberufung eines (stellvertretenden) Vorsitzenden der Vertreterversammlung muss die Überschrift entsprechend angepasst werden.

Zu Absatz 2 Satz 4 bis 6
Für die KBV wird geregelt, dass ein Vorstandsmitglied eine in Bezug auf die Versorgungsbereiche innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung neutrale Person sein muss. Sie kann daher weder dem hausärztlichen Versorgungsbereich noch dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören. Dabei wird die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten der fachärztlichen Versorgung zugerechnet. Es kann sich dabei beispielsweise um einen Juristen, Ökonomen oder auch einen Arzt handeln.
Für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden wird außerdem eine 2/3-Mehrheit vorgegeben, um für die besondere Position des Vorstandsvorsitzenden eine breitere Legitimation und damit auch eine stärkere Akzeptanz durch die Vertreterversammlung zu schaffen. Die Legitimation der oder des Vorstandsvorsitzenden wird durch dieses Mehrheitserfordernis auf eine verlässliche, versorgungsbereichsübergreifende Grundlage gestellt. Für den Fall, dass die erforderliche qualifizierte Mehrheit nicht zustande kommt wird geregelt, dass die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen im dritten Wahlgang genügt.
Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 4.
Zu Absatz 4
In § 80 Absatz 4 wird die Abberufung einer oder eines (stellvertretenden) Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei Vorliegen bestimmter gesetzlicher Voraussetzungen geregelt. Voraussetzung ist, dass das Vertrauen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu der Amtsführung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden aufgrund von objektiv nachprüfbaren, d. h. dem Beweis zugänglichen Tatsachen ausgeschlossen ist. Die das Vertrauen ausschließenden Tatsachen können sich dabei sowohl aus Amtspflichtverletzungen als auch aus erheblichen Mängeln in der Amtsführung ergeben. Gesetzlich genannt werden dabei insbesondere die Fälle, in denen die oder der Vorsitzende der Vertreterversammlung Pflichtverletzungen im Hinblickauf ihre oder seine Funktion als Willensvertreter/in der Vertreterversammlung oder als Informationsvermittler/in zwischen Vorstand und Vertreterversammlung begeht. Die gesetzlich aufgezählten Fallkonstellationen tragen der Funktion der oder des Vorsitzenden der Vertreterversammlung Rechnung. Diese oder dieser hat einerseits den Informationsfluss in das Plenum der Vertreterversammlung sicherzustellen (hinsichtlich der Tätigkeiten der Ausschüsse der Vertreterversammlung als auch hinsichtlich der Überwachung des Vorstandes), andererseits fungiert sie oder er als Willensvertreter/in der Vertreterversammlung als gesetzliche Vertreterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegenüber dem Vorstand der Körperschaft. Pflichtverletzungen, die mit diesen Funktionen im unmittelbaren Zusammenhang stehen, können der Abschluss von rechtsgeschäftlichen Vereinbarungen zwischen der Körperschaft und dem Vorstand ohne Beteiligung der zuständigen Gremien sein oder auch die fehlende Mitteilung einer pflichtwidrigen Handlung des Vorstandes an das Plenum der Vertreterversammlung. Mit dem Beschluss über die Abberufung der oder des Vorsitzenden oder der oder des stellvertretenden Vorsitzenden hat die Vertreterversammlung gleichzeitig eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu wählen (konstruktives Misstrauensvotum).Dies dient der Gewährleistung einer kontinuierlichen Vertretung des Selbstverwaltungsorgans. Bei einer Abstimmung in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Stimmgewichtung nach § 79 Absatz 3a vorzunehmen. Kommt die erforderliche Mehrheit für die Abberufung der oder des Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden zustande, so endet deren oder dessen Amt als Vorsitzende/r oder stellvertretende/r Vorsitzende/r mit dem Beschluss über die Abberufung und der Neuwahl der Nachfolgerin oder des Nachfolgers.

§ 81

Satzung

(1) [1] Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl und Zahl der Mitglieder der Organe,
3. Öffentlichkeit und Art der Beschlussfassung der Vertreterversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Organe und der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
7. Änderung der Satzung,
8. Entschädigungsregelung für Organmitglieder,
9. Art der Bekanntmachungen,
10. die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags.

[2] Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen enthalten.

(3) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen

1. die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzuschließenden Verträge und die dazu gefassten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind,
2. die Richtlinien nach § 75 Abs. 7, § 92, § 136 Absatz 1 und § 136a Absatz 4 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.

(5) [1] Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. [2] Maßnahmen nach Satz 1 sind je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren. [3] Das Höchstmaß der Geldbußen kann bis zu fünfzigtausend Euro betragen. [4] Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1a – GE – Anmerkung: durch den 14. Ausschuss entfallen
Die in dem neu eingefügten § 81 Absatz 1a geregelten weiteren Bestimmungen, die die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu enthalten haben, haben das Ziel, sowohl die Transparenz als auch die Nachvollziehbarkeit der Willensbildung in der Vertreterversammlung und ihren Ausschüssen, denen die Vertreterversammlung die Erledigung einzelner Aufgaben übertragen hat, zu stärken. In den Satzungen sollen Regelungen getroffen werden, die für einen verbesserten Informationsfluss von den Ausschüssen der Vertreterversammlung in das Plenum der Vertreterversammlung sorgen. Weiterhin soll durch Satzungsregelungen bestimmt werden, in welchen eng begrenzten und klar benannten Ausnahmefällen eine geheime Abstimmung in Betracht kommen kann. Schließlich sind in der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Regelungen zu einer Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren aufzunehmen, um im Bedarfsfall zügige Einzelentscheidungen ohne den organisatorischen und finanziellen Aufwand einer außerordentlichen Vertreterversammlung treffen zu können.

Der 14. Ausschuss begründet das Aufheben des Gesetzentwurfes zu Absatz 1a wie folgt:

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungsinhalte entsprechen den Vorgaben einer ordnungsgemäßen Verwaltung, die in den meisten Selbstverwaltungskörperschaften bereits praktiziert wird. Auf eine gesetzliche Vorgabe dieser Satzungsinhalte wird daher verzichtet.

§ 81a

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. [2] Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) [1] Jede Person kann sich in den Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wenden. [2] Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen und ihren Verbänden zusammenzuarbeiten. [2] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen organisieren für ihren Bereich einen

regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. [3] Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) [1] Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. [2] Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) [1] Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. **die Zulassungsausschüsse nach § 96,**
2. **die Stellen, die für die Abrechnungsprüfung nach § 106d zuständig sind,**
3. **die Stellen, die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten nach § 75 Absatz 2 Satz 2 zuständig sind, und**
4. **die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.**

[2] Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) [1] Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. [2] In den Berichten sind zusammengefasst auch die Anzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Pflichtverletzungen, die Art und Schwere der Pflichtverletzung und die dagegen getroffenen Maßnahmen, einschließlich der Maßnahmen nach § 81 Absatz 5, sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben. [3] Die Berichte sind der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten; die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zuzuleiten.

(6) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen treffen bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei ihren Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

[2] Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. [3] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führen die Berichte nach Absatz 5, die ihnen von ihren Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleichen die Ergebnisse mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab und veröffentlichen ihre eigenen Berichte im Internet.

Begründung zum TSVG zum Einfügen von Absatz 3b – Anmerkung: Siehe Ergänzung in Satz 1 Nummer 4 durch den 14. Ausschuss

Mit den Ergänzungen der §§ 81a, 197a soll Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen (Bundes-) Vereinigungen haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Körperschaft hindeuten. Hierbei nehmen sie Kontrollbefugnisse nach § 67c Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch wahr, so dass sie die innerhalb ihrer Organisation vorhandenen personenbezogenen Daten für diese Zwecke verwenden dürfen (§§ 81a Absatz 1, 197a Absatz 1). Darüber hinaus dürfen sie von jeder Person Hinweise auf Fehlverhalten entgegennehmen (§§ 81a Absatz 2 Satz 1, 197a Absatz 2 Satz 1). Die Fehlverhaltensstellen erlangen so regelmäßig personenbezogene Daten, die nicht nur für ihre eigene Arbeit, sondern auch für andere Stellen innerhalb und außerhalb ihrer Organisation von Bedeutung sind. Ausdrücklich gesetzlich geregelt ist insoweit die Übermittlung personenbezogener Daten an andere Fehlverhaltensstellen (§§ 81a Absatz 3a, 197a Absatz 3a) sowie die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft (§§ 81a Absatz 4, 197a Absatz 4). Insbesondere die Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen haben darauf hingewiesen, dass in der Praxis Unsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung sonstiger Übermittlungswege bestünden, was die Gefahr mit sich bringe, dass ein sinnvoller Informationsaustausch unterbleibe. Diesen Rechtsunsicherheiten soll durch eine gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden.

Der neue § 81a Absatz 3b sieht daher in Satz 1 vor, dass die Fehlverhaltensstellen der Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigungen personenbezogene Daten auch an die Zulassungsausschüsse nach § 96 sowie an die für die Abrechnungsprüfung (§ 106d) und die für die Überwachung der vertragsärztlichen Pflichten (§ 75 Absatz 2 Satz 2) zuständigen Stellen übermitteln dürfen. Zudem wird klargestellt, dass als Empfänger auch die berufsständischen Kammern in Betracht kommen, denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 285 Absatz 3a Nummer 2 personenbezogene Daten der Ärzte übermitteln dürfen, soweit diese für berufsrechtliche Verfahren erheblich sind.

Die übermittelten Daten dürfen nach Satz 2 von den jeweiligen Empfängern nur für den Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt wurden, d. h. für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit. Durch die ausdrückliche Nennung der „Verhinderung" von Fehlverhalten als Übermittlungszweck wird zum Ausdruck gebracht, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein muss, sondern auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen kann. So wäre es etwa denkbar, dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte verweigert wird. Der Begriff der „Aufdeckung" umfasst demgegenüber neben der Sachverhaltsermittlung sämtliche Reaktionen auf ein vergangenes Fehlverhalten, die von Regressforderungen über Disziplinarmaßnahmen bis hin zur Zulassungsentziehung nach § 95 Absatz 6 reichen können.

In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Die in den §§ 81a, 197a gesondert klargestellten Übermittlungsbefugnisse sollen lediglich die typischen Informationsflüsse im Zusammenhang mit der Arbeit der Fehlverhaltensstellen absichern und sind nicht als abschließend zu verstehen. Weitere Befugnisse zum Datenaustausch mit anderen Stellen oder zu anderen Zwecken können sich aus den besonderen Vorschriften zu anderen Stellen oder aus den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 in Verbindung mit den §§ 67d ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ergeben.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 3b Satz 1 Nummer 4

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten zuständig sind. Es handelt sich um eine bloße Klarstellung, da die entsprechende Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits aus der allgemeinen Übermittlungsvorschrift des § 285 Absatz 3a Nummer 1 folgt.

Dritter Titel

Verträge auf Bundes- und Landesebene

§ 82

Grundsätze

(1) [1] Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. [2] Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

(2) [1] Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt. [2] Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit nicht bundesunmittelbaren Ersatzkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse von § 83 Satz 1 abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge, von § 85 Abs. 1 und § 87a Abs. 3 abweichende Verfahren zur Entrichtung der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen sowie von § 291 Abs. 2 Nr. 1 abweichende Kennzeichen vereinbaren.

§ 83

Gesamtverträge

[1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen; die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. [2] Für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt Satz 1 entsprechend, soweit die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird. [3] § 82 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. [4] Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. [5] Satz 4 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Satz 4 und 5 wie folgt:

> *Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich im Oktober 2016 einen Überblick über sogenannte Betreuungsstrukturverträge verschafft, deren Hauptzweck darin bestehen kann, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. In der Vertragspraxis wurden solche Verträge auch als Gesamtverträge oder als Anlagen zum Gesamtvertrag vereinbart. Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen (Betreuungsstrukturverträge) nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können. Die Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen werden durch Gesamtverträge geregelt (§ 82 Absatz 2 Satz 1). Diese Vergütungen sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren (§ 87a Absatz 1 bis 3). Die Aufsichtsbefugnisse in entsprechender Anwendung des § 71 Absatz 6 finden ausschließlich gegenüber den kassenseitigen Vertragspartnern nach § 83 Anwendung. Sie finden hingegen keine Anwendung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertragspartnerin des Gesamtvertrages nach § 83 SGB V ist. Damit wird die Systematik des § 71 Absatz 6 gewahrt, nach der aufsichtsrechtliche Befugnisse sich nicht auf die jeweiligen Vertragspartner der Krankenkassen erstrecken (vergleiche hierzu bereits Begründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, BT-Drs. 18/4095, dort Seite 84).*
>
> *Klargestellt wird auch, dass die Neuregelung nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt, da die Verpflichtung zur Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen bei ärztlicher Behandlung nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nur für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und nicht bei zahnärztlicher Behandlung besteht.*

§ 84

Arznei- und Heilmittelvereinbarung

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Leistungen nach § 31 bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Arzneimittelvereinbarung. [2] Die Vereinbarung umfasst

1. ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 veranlassten Leistungen,
2. Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen, insbesondere Verordnungsanteile für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im jeweiligen Anwendungsgebiet, auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen (Zielvereinbarungen), insbesondere zur Information und Beratung und
3. Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.

[3] Kommt eine Vereinbarung bis zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zu Stande, gilt die bisherige Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Schiedsamt weiter. [4] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit. [5] Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.

(2) Bei der Anpassung des Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 sind insbesondere zu berücksichtigen

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Leistungen nach § 31,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2,
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Leistungen nach § 31 auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2.

(3) [1] Überschreitet das tatsächliche, nach Absatz 5 Satz 1 bis 3 festgestellte Ausgabenvolumen für Leistungen nach § 31 das nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarte Ausgabenvolumen, ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge. [2] Die Vertragsparteien haben dabei die Ursachen der Überschreitung, insbesondere auch die Erfüllung der Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 zu berücksichtigen. [3] Bei Unterschreitung des nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarten Ausgabenvolumens kann diese Unterschreitung Gegenstand der Gesamtverträge werden.

(4) Werden die Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 erfüllt, entrichten die beteiligten Krankenkassen auf Grund einer Regelung der Parteien der Gesamtverträge auch unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung.

(4a) Die Vorstände der Krankenkassenverbände sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen.

(5) [1] Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach Absatz 3 erfassen die Krankenkassen

die während der Geltungsdauer der Arzneimittelvereinbarung veranlassten Ausgaben arztbezogen, nicht versichertenbezogen. [2] Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind. [3] Ausgaben nach Satz 1 sind auch Ausgaben für Leistungen nach § 31, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. [4] Zudem erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jede Kassenärztliche Vereinigung monatliche Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 31 und übermittelt diese Berichte als Schnellinformationen den Vertragspartnern nach Absatz 1 insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arzneimittelvereinbarung sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8. [5] Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung zu übermitteln sind. [6] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält für die Vereinbarung der Rahmenvorgaben nach Absatz 7 und für die Informationen nach § 73 Abs. 8 eine Auswertung dieser Berichte. [7] Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der vorgenannten Aufgaben beauftragen. [8] § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(6) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen nach Absatz 1 sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. [2] Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. [3] Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

(7) [1] Die Absätze 1 bis 6 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. [2] Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. [3] **Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form.** [4] **Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.**

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Leistungen nach § 31 die Ausgabenvolumen nach Absatz 1 Nr. 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Anfügen von Absatz 7 Satz 3 und 4 wie folgt:

Nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit Absatz 5 sind Daten zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens im Heilmittelbereich zu erheben. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 32 zu erstellen und diese als Schnellinformationen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Sie dienen insbesondere der Übersicht über die Ausgabenentwicklung im Vergleich zu den Gesamtausgaben. Die hierfür erforderlichen Daten werden arztbezogen erfasst. Diese Schnellinformationen sollen durch § 125a Absatz 4 um Berichte im Hinblick auf die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ und um Richtwerte zur Versorgungsgestaltung ergänzt werden. Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen keine Angaben zu der gewählten Maßnahmen und der Anzahl der Behandlungseinheiten. Damit die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz erhoben werden können, ist die Zusammenführung dieser Daten je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Dies macht die Datenübermittlung in Bezug auf die Versicherten in pseudonymisierter Form erforderlich, für den Arztbezug ist dies nicht notwendig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

§ 85

Gesamtvergütung

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.

(2) [1] Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. [2] Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. [3] Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. [4] Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren. [5] Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. [6] Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. [7] Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen. [8] Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 [richtig: 5] und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.

(2a) [1] Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktmengen. [2] Soweit Punktwerte für das Jahr 2012 bis zum 30. September 2012 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2011 unter Berücksichtigung des Absatzes 3g und unter Anwendung der um 0,5 Prozentpunkte verminderten für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate zugrunde gelegt. [3] Erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten, legen die Vertragspartner nach Satz 1 für die jeweiligen Leistungsbereiche einen fiktiven Punktwert fest, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergibt. [4] Die Partner der Gesamtverträge passen die für das Jahr 2012 vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage der nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellten Punktwerte an und legen diese als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde.

(2b) – weggefallen

(2c) [1] Die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 können vereinbaren, dass für die Gesamtvergütungen getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen zu Grunde gelegt werden; sie können auch die Grundlagen für die Bemessung der Vergütungsanteile regeln. [2] § 89 Abs. 1 gilt nicht.

(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich im Jahr 2011 höchstens um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.

(3) [1] In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versi-

cherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. [2] Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. [3] Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. [4] Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen. [5] Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen.

(3a) – (3e) – weggefallen

(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich im Jahr 2011 höchstens um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.

(3g) [1] Zur Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, werden die für das Jahr 2011 vereinbarten Punktwerte und Gesamtvergütungen im Jahr 2012 zusätzlich zu der nach Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 2d und 3f vereinbarten Veränderung im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder um 2,5 Prozent und im Land Berlin um 2 Prozent erhöht. [2] Die sich daraus ergebenden Punktwerte und Gesamtvergütungen des Jahres 2012 werden im Jahr 2013 im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder zusätzlich zu der nach Absatz 3 vereinbarten Veränderung um weitere 2,5 Prozent und im Land Berlin um weitere 2 Prozent erhöht. [3] Die Veränderungen der Gesamtvergütungen des Jahres 2014 sind auf die nach Satz 2 erhöhten Gesamtvergütungen zu beziehen.

(4) [1] Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. [2] Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. [3] Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. [4] Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. [5] Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. [6] Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(4a) – weggefallen

(4b) – (4f) – aufgehoben

Begründung zum TSVG zum Aufheben von Absatz 4b bis 4f:

In den zu streichenden Absätzen ist bisher geregelt, dass die vertraglich vereinbarten Punktwerte für vertragszahnärztliche Leistungen bei Überschreiten bestimmter Degressionsstufen (Gesamtpunktmengen je Kalenderjahr) prozentual vermindert werden. Die im Jahr 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vorgenommene Einführung der Degressionsregelung sollte zur finanziellen Stabilität der GKV beitragen. Hintergrund war der überproportionale Anstieg der Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlungen, der zu Beginn der 1990er Jahre zeitweise zweistellige Prozentraten erreichte. Zudem sollte der Gefahr von Qualitätsdefiziten infolge übermäßiger Leistungserbringung entgegen gewirkt werden. Zahnärztinnen und Zahnärzten mit umsatzstarken Praxen sollte ein Anreiz gegeben werden, Patientinnen und Patienten an andere, die Punktmengengrenzen nicht erreichende Praxen abzugeben. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Ausgaben-

entwicklung und die Instrumente der Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung aber grundlegend verändert und weiterentwickelt. Seit Jahren liegen die Ausgabensteigerungen für vertragszahnärztliche Leistungen deutlich unterhalb des Niveaus in den 1990er Jahren. Ein zusätzlicher Beitrag der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der GKV ist vor diesem Hintergrund nicht länger geboten. Zudem sieht das Recht der GKV mittlerweile umfassende Vorgaben zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität vor, so dass die Degressionsregelung auch für Zwecke der Qualitätssicherung nicht mehr benötigt wird. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Punktwertdegression erhebliche Fehlanreize für die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten birgt, sind in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen. Zahnarztpraxen in Gebieten mit einer niedrigen Versorgungsdichte, die eine überproportional hohe Zahl an Versicherten zu versorgen haben, laufen Gefahr, für die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen nicht angemessen vergütet werden. Fehlanreize können auch für die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten entstehen, besonders förderungswürdige Leistungen im Bereich der Prävention, der aufsuchenden Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versorgung von Versicherten oder im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b mit stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

§ 86 – weggefallen

§ 87

Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

(1) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten. [2] In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. [3] Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 73 Abs. 5 zu beachten. [4] Die Arzneiverordnungsblätter sind so zu gestalten, dass bis zu drei Verordnungen je Verordnungsblatt möglich sind. [5] Dabei ist für jede Verordnung ein Feld für die Auftragung des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 sowie ein weiteres Feld vorzusehen, in dem der Arzt seine Entscheidung nach § 73 Abs. 5 durch Ankreuzen kenntlich machen kann. [6] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. [7] Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen. [8] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen.** [9] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte dazu verpflichten, die für die Beantragung von bewilligungspflichtigen Leistungen notwendigen Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln.** [10] **Zur Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren sind die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogene Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln.** [11] **Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten.**

(1a) [1] In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich

Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. [2] Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: [3] Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. [4] Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. [5] Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. [6] Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. [7] Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. [8] Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. [9] Der Vertragszahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. [10] Der Bundesmantelvertrag regelt auch das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans, insbesondere muss aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.

(1b) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum 30. Juni 2016 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. [2] Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,
2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,
3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,
4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

[3] Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer sowie den in § 92 Absatz 7b genannten Organisationen ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [4] Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. [5] Auf der Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. [6] Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. [7] Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

(1c) [1] Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,

2. bei der Behandlung von Parodontopathien,

3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,

4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9

abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundes-

mantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. [2] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können.** [3] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die Partner der Gesamtverträge können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen.** [4] **Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln.** [5] **Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten.** [6] **Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.**

(2) [1] Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen. [2] Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. [3] **Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen.** [4] **Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden.** [5] **Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen spätestens bis zum 29. Februar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.** [6] **Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird.** [7] **Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.** [8] Die Bewertung der Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.

(2a) [1] Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der

Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. [2] Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen. [3] Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. [4] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung und zur Förderung der Qualität bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. [6] Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2. [7] Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. [8] In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum 23. Januar 2016 zu beschließen. [9] Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. [10] Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. [11] Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. [12] Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist. [13] Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden. [14] Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. [15] Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz 7 vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. [16] Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. [17] **Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden.** [18] **Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt.** [19] **Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen.** [20] **Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.** [21] Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden.

[22] Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden. [23] Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat bis spätestens zum 31. Dezember 2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. [24] Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend. [25] Der Bewertungsausschuss überprüft, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie eingesetzt werden können, und beschließt auf dieser Grundlage erstmals bis spätestens zum 1. Dezember 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen.

(2b) [1] Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 7 und 8 telemedizinisch oder im Wege der Delegation erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen. [2] Mit den Pauschalen nach Satz 1 sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. [3] **Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:**

1. **ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3,**
2. **ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt,**
3. **ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie**
4. **ein Zuschlag in Höhe von mindestens 10 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.**

[4] Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.

(2c) [1] Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; Einzelleistungen sollen vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung, einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8, erforderlich ist. [2] **Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden.** [3] **Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind für die Behandlung von Patienten folgende Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen vorzusehen:**

1. **ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3,**

2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie

3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt.

[4] Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt. [5] Abweichend von **von den Sätzen 1 und 2** kann die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet werden. [6] Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. [7] Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

(2d) [1] Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind Regelungen einschließlich Prüfkriterien vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in den Absätzen 2a bis 2c genannten Leistungen und Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2c die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen beschlossenen Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringenden Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. [2] Zudem können Regelungen vorgesehen werden, die darauf abzielen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt, oder es können Regelungen zur Kürzung der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorgesehen werden.

(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen.

(2f) – weggefallen

(2g) Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere

1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist,

zu berücksichtigen.

(2h) [1] Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. [2] Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leis-

tungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. [3] Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen.

(2i) [1] Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. [2] § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2j) [1] Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. [2] Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. [3] Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. [4] § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2k) [1] Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. [2] Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. [3] § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. [4] Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.

(3) [1] Der Bewertungsausschuss besteht aus drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellten Vertreter. [2] Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. [3] Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. [4] Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses.

(3a) [1] Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. [3] Absatz 6 gilt entsprechend.

(3b) [1] Der Bewertungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von einem Institut unterstützt, das gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a vorbereitet. [2] Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [3] **Erfüllt das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen.** [4] **Absatz 6 gilt entsprechend.**

(3c) [1] Die Finanzierung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. [2] Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a zu finanzieren. [3] Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3e Satz 1 Nr. 3.

(3d) [1] Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmittel und über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut entscheidet der Bewertungsausschuss. [2] Die innere Organisation des Instituts ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG

(Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) in der jeweils geltenden Fassung gerecht wird. [3] **Absatz 6 gilt entsprechend.** [4] **Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b Satz 3 mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.**

(3e) [1] Der Bewertungsausschuss beschließt

1. bis spätestens zum 31. August 2017 eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts gemäß Absatz 3b trifft, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 1 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte, sowie
3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

[2] Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. [3] Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung sind im Internet zu veröffentlichen. [4] Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich einer neuen Leistung auf Verlangen Auskunft zu erteilen, ob die Aufnahme der neuen Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab in eigener Zuständigkeit des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach § 135 Absatz 1 Satz 1 zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. [5] Eine Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und deren jeweilige Verbände, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f verlangen. [6] Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.

(3f) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erfassen jeweils nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz erforderlichen Daten, einschließlich der Daten nach § 73b Absatz 7 Satz 5 und § 140a Absatz 6, arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. [2] Die Daten nach Satz 1 werden jeweils unentgeltlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und sie unentgeltlich dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. [3] Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Erhebungen und Auswertungen nicht personenbezogener Daten durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. [4] Für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach den Sätzen 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen; für die Finanzierung der Datenstelle gelten die Absätze 3c und 3e entsprechend. [5] Personenbezogene Daten nach Satz 1 sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. [6] Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 1 ist vom Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen.

(3g) Die Regelungen der Absätze 3a bis 3f gelten nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss.

(4) [1] Kommt im Bewertungsausschuss durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Ver-

einbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird der Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. [2] Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt **§ 89 Absatz 6** entsprechend. [3] Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern wird ein Mitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.

(5) [1] Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. [2] Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 82 Abs. 1. [3] Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 1 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem zuständigen erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. [4] Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen Mitglieder gilt Vertraulichkeit.

(5a) [1] **Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ergänzen.** [2] **Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der ergänzte Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert.** [3] **Die Benennung der beiden unparteiischen Mitglieder durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll bis spätestens zum 30. Juni 2019 erfolgen; § 89a Absatz 6 gilt entsprechend.** [4] **Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt.** [5] **Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss setzt den Beschluss mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von drei Monaten fest.** [6] **Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest.** [7] **Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.**

(5b) [1] Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. [2] Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich machen. [3] In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. [4] Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die vor dem 23. Juli 2015 in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem 23. Juli 2015 beginnt. [5] Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist zeitgleich mit dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 Satz 1 anzupassen, sofern die Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich macht. [6] Das Nähere zu ihrer Zusammenarbeit regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung. [7] Für Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 Satz 1, die vor dem 13. Mai 2017 getroffen worden sind, gilt Satz 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Bewertungsausschuss spätestens bis 13. November 2017 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen hat.

(6) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse, des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b sowie der von diesen jeweils gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen; ihm sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zusammen mit den den Beschlüssen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen und den für die Beschlüsse jeweils entscheidungserheblichen Gründen vorzulegen. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden; es kann im Rahmen der Prüfung eines Be-

schlusses vom Bewertungsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen dazu anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist unterbrochen. [3] Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. [4] Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. [5] Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte oder die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Organisation gemäß Absatz 3b dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. [6] **Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.** [7] Die mit den Maßnahmen nach Satz 4 verbundenen Kosten sind von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit. [8] Abweichend von Satz 4 kann das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. [9] Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist die Vereinbarung fest; Satz 1 **bis 7** gilt entsprechend. [10] Die Beschlüsse und die entscheidungserheblichen Gründe sind im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.

(7) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 8 bis 11

Zur Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens werden die Bundesmantelvertragspartner verpflichtet Regelungen für ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren zu schaffen. Eine Umstellung des papiergebundenen Antrags- und Genehmigungsverfahren für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistungen bei der Behandlung für Zahnersatz und Zahnkronen bietet für die Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte dahingehend Vorteil, dass Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkassen und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden so schneller über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, so dass mit den jeweiligen Behandlungen früher begonnen werden kann. Damit das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren künftig einheitlich durchgeführt werden kann und zur Vermeidung von Vermischungen der Antragsformen werden die Bundesmantelvertragspartner ausdrücklich dazu ermächtigt, die zahnärztlichen Leistungserbringer zur elektronischen Übermittlung der für diese Antrags- und Genehmigungsverfahren benötigten Angaben zu verpflichten. Zudem wird klargestellt, dass die Zahnärzte die betreffenden Antragsdaten einschließlich der dort notwendigerweise enthaltenen Versichertendaten für die Zwecke der Leistungsbeantragung und -genehmigung übermitteln dürfen.

Zu Absatz 1c

Zu Satz 1

Satz 1 schafft eine Ermächtigungsgrundlage, die Krankenkassen in den in § 87 Absatz 1c Satz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Fälle anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens durchführen lassen zu können. Die Regelung in § 87 Absatz 1c stellt eine von § 275 ff. abweichende Aufgabenregelung dar.

Zu Satz 2
Die konkrete Ausgestaltung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens wird durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart.
Zu Satz 3 – **Anmerkung: Siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss**
Zur Vermeidung einer Vermischung von vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren und dem Gutachterverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird den Bundesmantelvertrag- und Gesamtvertragspartnern ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einheitlich die Anwendung allein das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren oder die Begutachtung durch den Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorzusehen.
Zu Satz 4 und 5
Die Prüfung im Wege des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens nach § 87 Absatz 1c Satz 1 ist nur möglich, wenn den vertragszahnärztlichen Gutachtern die hierfür benötigten Daten zur Verfügung stehen. Deshalb werden die behandelnden Vertragszahnärzte verpflichtet, den vertragszahnärztlichen Gutachtern die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Nach Satz 4 dürfen die übermittelten Daten nur zur Erstellung der gutachterlichen Stellungnahme verwendet werden. Mit diesen Regelungen wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der Daten zwischen dem behandelnden Vertragszahnarzt und dem vertragszahnärztlichen Gutachter geschaffen.
Zu Satz 6
Die in § 87 Absatz 1c Satz 5 genannten Regelungen über die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und über die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gelten für die vertragszahnärztlichen Gutachter entsprechend. Dies betrifft Regelungen über die Unabhängigkeit der Gutachter (§ 275 Absatz 5), die Verpflichtung der Krankenkassen, dem Gutachter die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 276 Absatz 1), die unmittelbare Übermittlung vom Gutachter oder der Krankenkasse bei anderen Leistungserbringern angeforderten und für die Begutachtung erforderlichen versichertenbezogenen Daten an den Gutachter (§ 276 Absatz 2 Satz 2), das Akteneinsichtsrecht der Versicherten (§ 276 Absatz 3) sowie die Mitteilung des Ergebnisses der gutachterlichen Stellungnahme und der erforderlichen Angaben über den Befund vom Gutachter an die Krankenkasse und ggf. an den Zahnarzt, über dessen Behandlungsvorschlag eine gutachterliche Stellungnahme erstellt wurde (§ 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3).
Zu Absatz 2 Satz 3 bis 7 – **Anmerkung: Inkrafttreten 13. Dezember 2018 (vgl. Artikel 17 Absatz 3)**
Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechenden Medizin“) genutzt werden. Dies führt dazu, dass bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgungen zwischen „sprechender Medizin“ und „technisch-apparativer Diagnostik“ abgebaut werden. Rationalisierungsreserven ergeben sich aufgrund des technischen Fortschritts durch Automatisierung und Digitalisierung. Aufgrund einer veralteten betriebswirtschaftlichen Kalkulation und einer veralteten Datengrundlage der Bewertungen einschließlich der vorgesehenen Zeitaufwände insbesondere von technischen Leistungen und der bereits durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 vorgesehenen Aktualisierung, wird der Bewertungsausschuss nunmehr zu einer zeitnahen Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs gesetzlich verpflichtet. Hierzu hat der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit ein Konzept vorzulegen, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche aktualisieren wird. Hierbei kann eine Konzentrierung auf Arztgruppen oder Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil (z. B. Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Labor, Radiologie oder Humangenetik) erfolgen. Die Bewertung der technischen Leistungen soll entsprechend der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 insgesamt so festgelegt werden, dass die punktzahlmäßige Bewertung der in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen oder Leistungsanteile ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.
Unabhängig von der vorzunehmenden Aktualisierung wird allgemein vorgegeben, dass die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 in bestimmten Zeitabständen auf zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis zu erfolgen hat. Dabei wird klargestellt, dass sich die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nunmehr insbesondere auf Leistungen beziehen soll, die unter Einsatz medizinisch-technischer Geräte erbracht werden. Des Weiteren wird mit der Neufassung konkretisiert, dass Basis der Kalkulation die Erhebung der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch das Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) ist. Hierbei ist für den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen insbesondere die Kostenstruktur in Arztpraxen und Praxen von psychologischen Psychotherapeuten relevant. Für den Fall der nicht angemessenen oder nicht ausreichenden Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes können ergänzend sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden.
Mit der gesetzlichen Fristsetzung für die Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs und

der Frist zur Vorlage eines Aktualisierungskonzeptes im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten zum Tag der ersten Lesung im Bundestag entsteht für den Bewertungsausschuss die Notwendigkeit, die erforderlichen Arbeiten zur Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs unverzüglich aufzunehmen, um eine fristgerechte Beschlussfassung sicherzustellen. Gleichzeitig trägt die Pflicht, das Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, zur nötigen Transparenz in Bezug auf die geplanten inhaltlichen Änderungen und die Einhaltung der Frist bei.

***Zu Absatz 2b Satz 3* – Anmerkung: Siehe die grundlegende Neufassung durch den 14. Ausschuss**

Zur Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird § 87 Absatz 2b Satz 3 neu gefasst. Mit dem extrabudgetären Vergütungszuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten wird ein finanzieller Anreiz vorgesehen, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Hierzu wird die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelte Differenzierung des Leistungsumfangs und der Bewertung der Pauschalen nach Patientinnen und Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, gestrichen.

Neupatientinnen und Neupatienten nach dieser Regelung sind zum einen Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines erstmaligen persönlichen Kontakts z. B. zu einer Haus-/Fachärztin oder einem Haus-/Facharzt überhaupt oder aufgrund eines Umzuges in der jeweiligen Arztpraxis erstmals ärztlich untersucht und b handelt werden, zum anderen aber auch Patientinnen und Patienten, die mindestens vier Jahre nicht in der Praxis untersucht und behandelt wurden.

Die konkrete Vorgabe eines Vergütungszuschlags auf die Versichertenpauschale für die Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten ist notwendig, da die Differenzierung der Pauschalen in wesentlichen Teilen bereits seit dem 1. Januar 2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgegeben ist. Der Bewertungsausschuss hat die Differenzierung bereits in seinem Grundsatzbeschluss vom 22. Oktober 2012 beschlossen. Eine Umsetzung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist auch aufgrund der immer wi der verschobenen Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs durch den Bewertungsausschuss und der Komplexität der Umsetzung bislang nicht erfolgt.

Vor diesem Hintergrund wird auch die Regelung aufgehoben, dass die Pauschalen soweit möglich nach (weiteren) Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankungen zu differenzieren sind.

Zur Förderung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, wird der Bewertungsausschuss beauftragt, einen weiteren Zuschlag in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für (haus-)ärztliche Leistungen aufzunehmen. Die dringliche oder sehr dringliche Erforderlichkeit eines Behandlungstermins ist durch eine Überweisung zu belegen. Voraussetzung für die Terminvermittlung ist, dass eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Eine Terminvermittlung für Bagatellerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und planbare Untersuchungen oder Behandlungen ist nicht Gegenstand einer dringlich notwendigen Terminvermittlung.

Der Nachweis und die Überprüfung der erfolgreichen Terminvermittlung erfolgt bürokratiearm über die Abrechnungsunterlagen und wird durch eine Ergänzung des § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 flankiert.

***Zu Absatz 2c* – Anmerkung: siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss**

Mit dem gleichen Ziel wie § 87 Absatz 2b Satz 3 wird auch der Absatz 2c Satz 2 neugefasst. Die bisher vorgegebene Differenzierung der Grundpauschalen nach Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, wird aufgrund der zu hohen Komplexität gestrichen. Es gelten die Ausführungen zur Aufnahme eines Vergütungszuschlages für Neupatientinnen und Neupatienten in Buchstabe d gleichermaßen. Der Bewertungsausschuss hat weiterhin die Möglichkeit bei einzelnen Facharztgruppen, bei denen ein Vergütungszuschlag für die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten nicht sachgerecht wäre, davon abzusehen.

Des Weiteren wird zur bundesweiten Förderung der offenen Sprechstunde ein extrabudgetärer Zuschlag in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für (fach-)ärztliche Leistungen aufgenommen. Es ist hierbei zu gewährleisten, dass die Zuschläge, die zur Förderung der offenen Sprechstunde extrabudgetär gezahlt werden, bei einem vollen Versorgungsauftrag auf einen Umfang von 5 Kalenderwochenstunden und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf einen jeweils anteiligen Umfang an Sprechstundenzeit je Kalenderwoche begrenzt sind. Demnach ist für die Förderung bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag ein Umfang von 3,75 Kalenderwochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag ein Umfang von 2,5 Kalenderwochenstunden nicht zu überschreiten. Um darüber hinaus zu erreichen, dass die Abrechnung des Zuschlags für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen in der offenen Sprechstunde nur in medizinisch notwendigen Behandlungsfällen erfolgt, wird für fachärztlich tätige Leistungserbringer das Vorliegen einer Überweisung vorausge-

setzt. Es gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte, wonach z. B. eine Überweisung in der Regel nur an eine Ärztin oder einen Arzt einer anderen Facharztgruppe zulässig ist. Einer Überweisung bedarf es nicht, für die Abrechnung durch Augenärzte und Frauenärzte. Durch die Überweisungsvorgabe werden eine bessere Koordinierung und eine bedarfsorientierte Patientenversorgung nach Behandlungsnotwendigkeit erreicht. Die fachärztlichen Leistungserbringer werden so in die Lage versetzt, eine bedarfsgerechte Patientenauswahl in der offenen Sprechstunde anhand der Überweisungen vorzunehmen. Es ist die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenkassen hierüber hinreichend und angemessen zu informieren.

Soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich ist, hat der Bewertungsausschuss nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Angabe der Uhrzeit bei der Abrechnung vorzusehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Versicherten gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 in geeigneter Weise über die Sprechstunden der Vertragsärzte zu informieren. Die Information über die Sprechstundenzeiten schließt auch Angaben zu den offenen Sprechstunden mit ein. Dadurch ist eine Überprüfbarkeit gewährleistet.

***Zu Satz 5* – Anmerkung: Siehe Neufassung von Absatz 2c durch den 14. Ausschuss**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Abweichend von der in den Sätzen 1 bis 7 vorgesehenen Vergütungssystematik der als Grund- und Zusatzpauschalen sowie als der Einzelleistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung kann der Bewertungsausschuss beschließen, die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen zu vergüten.

Zu Absatz 2d Satz 1

Es handelt sich um die Streichung einer redaktionellen Doppelung.

Zu Absatz 3b Satz 3 und 4

Durch die Änderung des § 87 Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nach der inzwischen erfolgten Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses keinen Dritten mehr mit den Aufgaben nach § 87 Absatz 3b Satz 1 beauftragen dürfen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. S. 378) wurde in § 87 Absatz 3b die Errichtung eines Instituts zur Unterstützung des Bewertungsausschusses für ärztliche Leistungen eingeführt. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband. Alternativ oder während der Errichtungsphase durften die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auch einen Dritten mit den Aufgaben beauftragen oder die Aufgaben zwischen den Trägern aufteilen. Da inzwischen die Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses abgeschlossen ist und dieses schon seit mehreren Jahren die vorgesehenen Aufgaben wahrnimmt, sind die Reglungen zu Errichtung des Institutes und die alternative Beauftragung eines Dritten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband obsolet und werden daher aufgehoben. Für den Fall, dass das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben beauftragen.

Die Regelung und Klarstellung ist auch im Zusammenhang mit einer besseren aufsichtsrechtlichen Begleitung zur fristgerechten Umsetzung von Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 6 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu sehen.

Zu Absatz 3d

In § 87 Absatz 3d werden die Änderungen des § 87 Absatz 3b nachgebildet, indem dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Beauftragung eines Dritten auch das Recht eingeräumt wird, über die erforderlichen Sach- und Personalmittel sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch den beauftragten Dritten zu entscheiden.

Zu Absatz 4 Satz 2

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der entsprechenden neuen Regelung zur Benennung des unparteiischen Vorsitzenden.

Zu Absatz 5a

Im ergänzten Bewertungsausschuss nach Satz 1 wird die Verdoppelung der Stimmenanteile der Kassenseite gestrichen und im Interesse einer gleichberechtigten Vertretung eine paritätische Stimmverteilung aller drei Bänke (Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) mit jeweils drei Vertretern geregelt.

Mit der Neufassung der Sätzen 2 bis 5 wird die Konfliktlösung durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss neu geregelt.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss wird im Verhältnis zum ergänzten Bewertungsausschuss nach Satz 1 um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Durch den Verweis auf § 89a Absatz 6 wird auch für den ergänzten erweiterten Bewer-

tungsausschuss geregelt, dass für den Fall, dass sich die Mitglieder nicht auf die beiden unparteiischen Mitglieder einigen, diese nach Fristsetzung von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden. Die Anrufung erfolgt wie bislang auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern, sofern durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande kommt.
Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschusses setzt Beschlüsse mit jeweils zwei stimmberechtigten Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied, mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder, fest.
Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest; die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gibt den Ausschlag.
Die Mitglieder des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses können personenidentisch mit denen des erweiterten Bewertungsausschusses nach Absatz 4 sein.
Gegenüber den Bewertungsausschüssen und somit auch dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind in § 87 Absatz 6 umfangreiche aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Vorgaben geregelt.
Zu Absatz 6
Zu Satz 6
Zur besseren aufsichtsrechtlichen Begleitung und zur fristgerechten Umsetzung von Vorgaben in die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe wird das Bundesministerium für Gesundheit in § 87 Absatz 6 in die Lage versetzt, bereits vor Ablauf einer gesetzlichen oder vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist das Institut zu beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag zu geben und Sachverständigengutachten einzuholen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Beratungen sowie die Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereitet oder durchgeführt werden. Die mit der Maßnahme verbundenen Kosten sind wie nach geltendem Recht vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen.
Zu Satz 9
Hierbei handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zum Einfügen von Satz 6.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1c Satz 3
Im Gesetzentwurf wird klargestellt, dass die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Prüfung der Leistungspflicht auch im Wege des bundesmantelvertraglich geregelten Gutachterverfahrens durchführen lassen können. Durch die Ergänzung des Gesetzbefehls wird eine entsprechende Ermächtigung auch den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene eingeräumt. Dies deshalb, weil die Gutachter (mit Ausnahme des Bereichs Implantologie) und die Zahnersatz-Obergutachter auf Landesebene im Einvernehmen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt werden und die Bestellung erforderlichenfalls auch nur von diesen widerrufen werden kann.
Zu Absatz 2b Satz 3
Mit den Änderungen in den Nummern 1 bis 3 wird geregelt, dass Hausärztinnen und Hausärzte bei schneller Behandlungsübernahme nach Vermittlung durch die Terminservicestelle zusätzlich zur im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall nach der Länge der Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen abrechnen können. Mit den Zuschlägen wird durch den finanziellen Anreiz auch das Angebot für zeitnahe Behandlungstermine bei der Terminservicestelle erhöht, die an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden können. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 werden auch diese Zuschläge extrabudgetär vergütet. Diese Vergütungsregelungen gelten gemäß § 120 auch für die notwendige Behandlung durch Krankenhäuser.
Der Zuschlag nach Nummer 4 für die erfolgreiche Vermittlung durch den Hausarzt ist bereits Gegenstand des Gesetzentwurfs. Dieser Zuschlag wird zur Stärkung der hausärztlichen Koordination von 5 Euro auf 10 Euro erhöht.
Vor dem Hintergrund der neu in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorgesehenen extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall bei Neupatientinnen und Neupatienten wird der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten in Höhe von 25 Prozent auf die jeweilige Versichertenpauschale gestrichen.
Zu Absatz 2c Satz 2 und 3
Mit den Änderungen wird geregelt, dass Fachärztinnen und Fachärzte bei schneller Behandlungsübernahme nach Vermittlung durch die Terminservicestelle zusätzlich zur im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall nach der Länge der

Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen abrechnen können. Mit den Zuschlägen wird durch den finanziellen Anreiz auch das Angebot für zeitnahe Behandlungstermine bei der Terminservicestelle erhöht, die an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden können. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 werden auch diese Zuschläge extrabudgetär vergütet. Diese Vergütungsregelungen gelten gemäß § 120 auch für die notwendige Behandlung durch Krankenhäuser.
Vor dem Hintergrund der in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorgesehenen extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall bei Neupatientinnen und Neupatienten wird der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten in Höhe von mindestens 25 Prozent auf die jeweilige Grundpauschale gestrichen.
Gestrichen wird vor dem Hintergrund der neu in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 vorgesehenen Regelung auch der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für offene Sprechstunden.
Zudem ergeben sich Folgeänderungen aufgrund der Streichungen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 2a Satz 17 bis 20
Ziel der gesetzlichen Regelung ist, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung allgemein auch unter Einbezug der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben durch den Deutschen Ärztetag und der Landesärztekammern in Bezug auf Fernbehandlungen weiter auszubauen und insbesondere für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung besser nutzbar zu machen.
Mit Wirkung zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde als abrechenbare Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Diese ist nach den geltenden Vereinbarungen für der Arztpraxis bekannte Patientinnen und Patienten für nur wenige Krankheitsbilder (z. B. zur Beratung und Verlaufskontrolle bei Wunden oder bei Dermatosen) abrechenbar. In der Folge ist die flächendeckende Erbringung dieser telemedizinischen Leistungen derzeit nicht gegeben.
Mit der neuen gesetzlichen Vorgabe soll der Anwendungsbereich deutlich erweitert werden. Die in der Begründung zum bisherigen § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 enthaltene Vorgabe, dass der Bewertungsausschuss geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen festlegt, entfällt. Es wird grundsätzlich in das Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes gelegt, bei welchen Krankheitsbildern er eine Videosprechstunde in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten für sachgerecht erachtet. Die Ärztin bzw. der Arzt hat somit vor dem Hintergrund z. B. der berufsrechtlichen Regelungen und des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine Entscheidung zu treffen, ob eine Videosprechstunde ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich ist. Dabei ist die erforderliche ärztliche Sorgfalt zu wahren.
Eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden erfolgt auch mit dem Ziel, dass Videosprechstunden in der Versorgung von Pflegebedürftigen eine über die bisherigen Modellvorhaben hinaus stärkere Bedeutung erlangen. Dabei muss den besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entsprochen werden. So ist bei einem Hausbesuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, beschützenden Einrichtungen und bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung häufig auch die Pflegekraft mit anwesend. In der Folge findet dadurch oft auch eine Fallkonferenz mit statt. Diese soll auch per Video abrechenbar sein und als Zuschlag zur allgemeinen Videosprechstunde im EBM abgebildet werden. Bereits heute sind Fallkonferenzen z. B. im Rahmen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung nach § 119b abrechenbar, wenn diese vor Ort im Pflegeheim oder telefonisch erfolgen. Die Finanzierung der Schulungen und der Investitionskosten für die entsprechende Technik zur Durchführung von Videosprechstunden und ggf. Fallkonferenzen (siehe Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag) auf Seiten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kann im Rahmen der in § 8 Absatz 8 SGB XI vorgesehenen Förderung durch die Pflegeversicherung erfolgen.
Im Zusammenhang mit dem Ausbau von Fallkonferenzen per Video bei Pflegebedürftigen sollen auch die bereits im EBM enthaltenen und abrechenbaren Fallkonferenzen z.B. im Rahmen der Palliativversorgung sowie des Mammographie-Screenings per Video ermöglicht werden.
Von der Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst sein. Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen.
Zu Absatz 2k
Im Zusammenhang mit der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Heimbewohnern im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b können Anleitungen und Beratungen erforderlich sein, die im Rahmen einer Videosprechstunde schneller und weniger aufwendig als durch einen Hausbesuch erbracht werden können. Dies gilt auch für Fallkonferenzen mit den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Pflegefachkräften. Da die für den vertragsärztlichen Bereich bereits geltende Regelung zu Videosprechstunden in Absatz 2a auf den vertragsärztlichen Bereich ausgerichtet ist und über

die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinausgeht, ist eine eigenständige Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich erforderlich.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 7 wie folgt:

Mit dem neuen § 87 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird geregelt, dass Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 87 Absatz 6 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Dies gilt ebenso für Maßnahmen nach § 87 Absatz 2a Satz 14 SGB V, für die § 87 Absatz 6 SGB V gilt.

§ 87 Absatz 6 SGB V regelt die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG gegenüber den Bewertungsausschüssen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen und dem jeweiligen erweiterten Bewertungsausschuss bzw. dem Bewertungsausschuss nach Absatz 5a (Bewertungsausschüsse). Das BMG kann danach insbesondere Beschlüsse der Bewertungsausschüsse beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V), die Nichtbeanstandung eines Beschlusses mit einer Auflage verbinden (§ 87 Absatz 6 Satz 3 SGB V) sowie Vereinbarungen selbst festsetzen, wenn entsprechende Beschlüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist zustande kommen oder die Beanstandungen des BMG nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist behoben werden (§ 87 Absatz 6 Satz 4 SGB V).

Eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stellt ein Wirksamkeitshindernis für den jeweils beanstandeten Beschluss dar und hindert somit die Rechtswirkung der Beschlussentscheidung (Suspensiveffekt). Dies folgt bereits aus dem Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsrechts gegenüber Beschlüssen der Bewertungsausschüsse.

Würde man bei einer Klageerhebung z. B. gegen eine Beanstandung von einer aufschiebenden Wirkung hinsichtlich des Verwaltungsaktes ausgehen und eine „vorläufige Wirksamkeit" des eigentlich suspendierten Beschlusses annehmen, würde das Aufsichtsmittel der Beanstandung insgesamt seine Wirkung verlieren. Der Sinn und Zweck des Aufsichtsmittels „Beanstandung", nämlich das Inkrafttreten eines als rechtswidrig beanstandeten Beschlusses zu verhindern, würde entfallen.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 2a Satz 25

Grundlage für eine schnelle, wirksame und sachgerechte Antibiotikatherapie ist eine umgehende Diagnostik von Infektionserregern. Zusammen mit dem klinischen Bild der Patientinnen und Patienten ermöglicht sie eine Unterscheidung zwischen viralen und bakteriellen Infektionen und gibt Hinweise auf die notwendige Dauer, Dosierung und Art der gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikatherapie. Sie bildet somit die Grundlage für eine präzise Verabreichung von Antibiotika oder den Einsatz von alternativen Therapien und verfolgt insbesondere das Ziel, einen unnötigen Einsatz von Antibiotika zu vermeiden (vgl. Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie der Bundesregierung – DART 2020).

Um einen zielgenauen Einsatz von Antibiotika weiter zu unterstützen, wird dem Bewertungsausschuss der Auftrag gegeben zu prüfen, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen (zum Beispiel sogenannte point-of-caretests) und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können. Auf dieser Grundlage sind entsprechende Anpassungen des EBM zu beschließen. Dieser Auftrag konkretisiert den Auftrag nach Absatz 2 Satz 2, den EBM an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots anzupassen und deckt die bis zur Beschlussfassung relevanten (Schnell-)Diagnostika ab.

Die Industrie hat sich im Rahmen des Pharmadialoges zu ihrer Verantwortung bekannt und wird die Entwicklung, insbesondere von (Schnell-)Diagnostika zur Unterstützung der qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie vorantreiben. Für erst zukünftig zur Verfügung stehende (Schnell-)Diagnostika bildet die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Verfahrensordnung nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 die Grundlage im Hinblick auf die Beratung und Beschlussfassung über die Aufnahme dieser Leistungen in den EBM. Dies stellt eine transparente und zeitnahe Beschlussfassung sicher.

Zu Absatz 5b Satz 5 bis 7

Bestimmte Arzneimittel erfordern zu ihrer Anwendung bzw. zur genauen Diagnostik als Voraussetzung für die Anwendung die Erbringung ärztlicher Leistungen. Im Rahmen der sogenannten personalisierten Medizin spielen insbesondere diese Begleitdiagnostika (sogenannte companion diagnostics) eine zunehmende Rolle. Darunter fallen insbesondere Labortests und Tests zur Feststellung genetischer oder molekularbiologischer Eigenschaften (sogenannte Biomarker). Begleitdiagnostika finden überwiegend Anwendung im Bereich der Onkologie.

Die Vergütung dieser Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt über den EBM. Sofern diese Leistungen bereits Bestandteil des EBM sind, können diese mit der Zulassung des Arzneimittels entsprechend abgerechnet werden. Mit der durch den Bewertungsausschuss eigenverantwortlich beschlossenen Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen mit dem Ziel, den EBM an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik anzupassen, wurde zum 1. Juli 2016 u. a. ein eigener Unterabschnitt in den EBM aufgenommen, der die gemäß der Fachinformation des jeweiligen Arzneimittels zwingend erforderliche tumorgenetische in-vitro-Diagnostik abbildet. Die ärztlichen Leistungen sind dabei mehrheitlich allgemeingültig ausgestaltet, so dass zwingend erforderliche Untersuchungen im Bereich der Tumorgenetik

nicht nur für bereits bestehende Arzneimittel, sondern auch für zukünftige Arzneimittel mit umfasst sind.
Mit der neuen Regelung wird Absatz 2 Satz 2, der bestimmt, dass der EBM in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen, in zeitlicher Hinsicht konkretisiert. Der EBM ist zukünftig zeitgleich mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 anzupassen, sofern die Fachinformation des jeweiligen Arzneimittels zu seiner Anwendung eine zwingend erforderliche und somit verpflichtende Leistung vorsieht. Eine zeitgleiche Anpassung ist sachgerecht, da bereits heute im Rahmen der Beschlüsse über die Nutzenbewertung eine Bestimmung der Kosten der Leistungen durch die Träger des Bewertungsausschusses im Hinblick auf die Jahrestherapiekosten erfolgt.
Bei der Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses an eine qualitätsgesicherte Anwendung zu berücksichtigen. Das Nähere zur Zusammenarbeit zwischen dem Bewertungsausschuss und dem Gemeinsamen Bundesausschusses ist in den jeweiligen Verfahrensordnungen zu regeln. Die Anpassung des EBM bei noch nicht abrechnungsfähigen Leistungen soll durch die Schaffung von allgemeingültigen Gebührenordnungspositionen erfolgen, um eine Abrechnung für zukünftige vergleichbare Leistungen bereits mit der Zulassung des Arzneimittels zu ermöglichen. Die Schaffung einer neuen Gebührenordnungsposition bzw. die Anpassung des EBM ist somit häufig entbehrlich.
Für Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 Satz 1, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes getroffen worden sind, gilt Satz 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Bewertungsausschuss spätestens sechs Monate nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes den EBM anzupassen hat.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 3e Satz 1 Nummer 1
Um die Transparenz über die Beratungs- und Entscheidungsverfahren für innovative Leistungen zu erhöhen und um eine sachgerechte Verkürzung der Zeit bis zur Beschlussfassung bei der Einführung neuer Leistungen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) zu bewirken, wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) mit Wirkung zum 23. Juli 2015 eine Verfahrensordnung für den Bewertungsausschuss gesetzlich verankert. Nach § 87 Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 ist der Bewertungsausschuss ausdrücklich gesetzlich verpflichtet, eine Verfahrensordnung zu beschließen, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den EBM insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt. Gegenstand der Verfahrensordnung sind auch Regelungen zur Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen Anspruchs, nach dem der Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Verlangen Auskunft zu erteilen hat, ob die Aufnahme einer neuen Leistung in den EBM in eigener Zuständigkeit des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder es zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf (§ 87 Absatz 3e Satz 4 bis 6). Obwohl die durch den Bewertungsausschuss zu beschließende Verfahrensordnung auf der bereits geltenden Anlage 22 des Bundesmantelvertrages Ärzte („Verfahrensordnung zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 EBM“) aufbaut, liegt ein Beschluss des Bewertungsausschusses zu der durch das GKV-VSG vorgegebenen Verfahrensordnung bis heute nicht vor. Aufgrund der Bedeutung der zu beschließenden Verfahrensordnung für neue innovative Leistungen wird daher eine gesetzliche Frist, bis zu der die Verfahrensordnung zu beschließen ist, vorgegeben.

§ 87a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) [1] Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. [2] Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. [3] Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere

in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. [4] Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. [5] Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen. [6] Besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 3 können auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.

(3) [1] Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. [2] Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. [3] Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. [4] Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 enthaltenen Preisen zu vergüten. [5] **Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:**

1. **Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,**
2. **Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3,**
3. **Leistungen im Behandlungsfall, die auf Grund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,**
4. **Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,**
5. **Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, und**
6. **Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.**

[6] **Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder auf Grund von**

Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. [7] **Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen.** [8] **Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.**

(3a) [1] Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. [2] Weichen die nach Absatz 2 Satz 5 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. [3] Die Zahl der Versicherten nach Absatz 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zu Grunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln. [4] Weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. [5] Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 5 sind auf die nach Absatz 3 Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen.

(4) [1] Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. [2] Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. [3] Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. [4] Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden. [5] **Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.**

(4a) [1] Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2016 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2014 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. [2] Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. [3] Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2016 mit. [4] Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. [5] Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen. [6] Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. [7] Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2014 darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. [8] Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. [9] Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. [10] Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. [11] Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.

(5) [1] Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie
3. zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 **Satz 6**.

[2] Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. [3] Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsraten, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. [4] Die Veränderungsraten werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. [5] Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. [6] Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln. [7] Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 **und 6** beschließen. [8] Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September. [9] Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8. [10] In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die

Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 in der bis einschließlich 31. Dezember 2015 geltenden Fassung entspricht. [11] **In den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen.** [12] **Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.** [13] **Der Bewertungsausschuss hat bis zum 1. September 2019 Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist.**

(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 3 Satz 5 bis 8* – Anmerkung: Satz 5 Nummer 5 und 6 durch den 14. Ausschuss angefügt**

Zur Verbesserung und Förderung der Leistungen und des Zugangs zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind zukünftig weitere Leistungen und Zuschläge nach dem Gesetz außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. § 87a Absatz 3 Satz 5 wird zur besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit in Form einer Auflistung neugefasst. Die folgenden Leistungen der Nummern 2 bis 4 werden neu in den Katalog der extrabudgetären Leistungen aufgenommen:

Nach Nummer 2 sind die mit diesem Gesetz vorgesehenen neuen Zuschläge extrabudgetär außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Zur Verbesserung des Zugangs für gesetzlich Versicherte zur ambulanten ärztlichen Versorgung handelt es sich um Zuschläge auf die Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Neupatientinnen und Neupatienten. Zudem wird der Zuschlag für die Leistung der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Darüber hinaus wird der Zuschlag auf die Grundpauschale zur Förderung der gezielten Erbringung fachärztlicher Grundleistungen in offenen Sprechstunden, der grundsätzlich im Rahmen einer durch Überweisungen koordinierten vertragsärztlichen Versorgung gezahlt wird, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Nach Nummer 3 sind zukünftig auch Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und Nummer 3 erbracht werden, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Hierbei werden alle aufgrund der Terminvermittlung im Behandlungsfall erforderlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Der Behandlungsfall ist die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung (vgl. § 21 Absatz 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Akutfälle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind keine Notfälle im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG. Die Notfallversorgung beschränkt sich demnach auf die Erstversorgung, insbesondere um Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012, Az. B 6 KA 5/12 R, RdNr. 15 und BSG, Urteil vom 2. Juli 2014, Az. B 6 KA 30/13 R, RdNr. 12). Sofern die Terminservicestellen Akutfälle an Krankenhäuser vermitteln müssen, bleibt es bei der geltenden Rechtslage nach § 76 Absatz 1a in Verbindung mit § 120 Absatz 3a.

Die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen gilt nicht für Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 (verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen).

Um auch die Übernahme eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungs-

termins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer zu fördern, werden nach Nummer 4 alle Leistungen im Behandlungsfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet, die aufgrund der Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erforderlich sind. Satz 6 ist bereits Gegenstand des bisherigen Rechts. Die Sätze 7 und 8 sehen vor, dass die Leistungen, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 (Anmerkung: jetzt Nummer 3 bis 6) *genannt sind, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen sind (Entbudgetierung). Die Bereinigung erfolgt über die Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4. Dabei wird eine Nettobereinigung des Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankassen transparent nach-zuweisen sind, begrenzt auf einen Zeitraum von einem Jahr, das heißt einmalig für die jeweiligen vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums vorgesehen. Zu bereinigen sind die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen im Behandlungsfall, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannt sind. Die Bereinigung soll auf Ebene der Honorarverteilung zudem ausschließlich diejenigen Leistungserbringerbetreffen, die die künftig aufgrund dieses Gesetzes extrabudgetär gestellten Leistungen erbringen. Dies ist durch die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 Satz 2 zu gewährleisten, wonach die KBV Vorgaben zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen hat.*

Dem Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Evaluation jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a berichtet. Hierbei sind die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote zu evaluieren. Mit dieser Evaluierung können in der Folge die zukünftigen Steuerungswirkungen auf die Annahme und Versorgung der Versicherten durch die neu vorgesehenen extrabudgetären Vergütungsanreize aufgezeigt werden. Dies schließt auch die neu aufgenommene Vermittlung von Akutfällen mit ein. Den zukünftigen Auswirkungen auf die Versorgung sollen auch die damit verbundenen Ausgaben gegenübergestellt werden können. Deshalb hat der Bewertungsausschuss auf der Grundlage von § 87 Absatz 3a die Auswirkungen seiner in diesem Zusammenhang getroffenen Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen zu analysieren. Der Bewertungsausschuss hat die Auswirkungen der erfolgten Anpassungen der Vergütungen in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der Vergütungsregelungen zu analysieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber zu berichten. In dem Bericht sollen unter anderem die Entwicklung der extrabudgetären Vergütungszuschläge bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten, für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch eine an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin bzw. Arzt sowie von Zuschlägen auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde dargestellt werden. Darüber hinaus sollen die Entwicklung der extrabudgetären Vergütung der Leistungen für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer und die extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen, die von der Terminservicestelle vermittelt werden, aufgezeigt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Der Bericht wird der Bundesregierung vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Zu Absatz 4 Satz 5

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren jährlich die an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Zurzeit wird die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten einerseits auf Grundlage der in der vertragsärztlichen Versorgung kodierten Behandlungsdiagnosen sowie andererseits auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Dabei werden diese vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Raten gewichtet zusammengefasst. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist eine Abweichung von einer 50:50 Gewichtung zu begründen.

Durch die Anwendung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung und Prüfung der implementierten Prüfmaßstäbe im Rahmen der Abrechnungsprüfung (§106d Absatz 1 und 2) ist eine Steigerung der Diagnosequalität zu erwarten. In der Folge soll ab dem Jahr in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen, auf der Grundlage der Diagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, diese allein verwendet werden.

Auf der Grundlage des derzeit geltenden zweijährig prospektiven Klassifikationsmodells wird die Regelung somit für die gesamtvertraglichen Vereinbarungen im Jahr 2028 wirksam.

Zu Absatz 5
Zu Satz 1 Nummer 3 und Satz 7
Hierbei handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Absatz 3.
Zu Satz 11 bis 13
Die bundeseinheitlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren werden mit dem 1. Januar 2022 wirksam. Im ersten Jahr wird sich aufgrund der neuen Regelungen die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren entsprechend ändern. Aus diesen Kodiereffekten ergeben sich jedoch keine Änderungen der tatsächlichen Morbiditätsstruktur in einer Kassenärztlichen Vereinigung, die Grundlage der gesamtvertraglichen Vereinbarungen ist. In der Folge sind die mit der Einführung und Umstellung entstehenden Kodiereffekte zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat dafür ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Dies gilt somit, sofern es bei dem bestehenden zweijährig prospektiven Klassifikationsmodell bleibt, für die Bestimmung der Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosedaten der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 und 6 und Absatz 5 Satz 13 wie folgt:

Zur weiteren Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung und zum Abbau von Wartezeiten werden beim ersten oder nach zwei Jahren erneuten Bedarf eines Arztkontakts alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall für Neupatientinnen und Neupatienten statt des im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Zuschlags von mindestens 25 Prozent auf die jeweilige Versicherten- und Grundpauschale extrabudgetär und damit im gesamten Kalendervierteljahr vollumfänglich vergütet. Dies gilt wie bislang im Gesetzentwurf für Ärztinnen und Ärzte, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen. Dies umfasst somit Hausärzte und die entsprechenden Facharztgruppen, die unmittelbar Patientinnen und Patienten medizinisch versorgen (zum Beispiel Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkten Rheumatologie oder Kardiologie).
Im Sinne einer einheitlichen Regelung werden analog auch alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall für Patienten, die in der offenen Sprechstunde untersucht und behandelt wurden, statt des im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Zuschlags von mindestens 15 Prozent auf die jeweilige Grundpauschale, vollumfänglich vergütet.
Mit dieser Regelung werden zudem die bisherigen Voraussetzungen, die für die Zuschläge zur Vergütung der offenen Sprechstunde galten – mit Ausnahme des Überweisungsvorbehaltes – auch auf die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung übertragen. Die Vergütung ist dabei weiterhin auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt.
Zu Absatz 5
Zu Satz 13
Wie bislang im Gesetzentwurf vorgesehen hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die der grundversorgenden oder unmittelbaren wohnortnahen Patientenversorgung angehören, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist.

§ 87b

Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) [1] Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern. [2] Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. [3] Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen. [4] Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(2) [1] Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. [2] Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. [3] Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden. [4] Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. [5] Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind. [6] Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) [1] Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. [2] Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. [3] Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.

(4) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 **Satz 3** als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. [2] Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. [3] Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten. [4] Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum 23. Oktober 2015 Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4 Satz 1
Mit dieser Änderung wird ein Verweisfehler korrigiert.

§ 87c

Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

[1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraumes sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe. [2] Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche regionale Honorarunterschiede zu erklären. [3] Die Kassenärztlichen

Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. [4] Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

§ 87d – aufgehoben

Begründung zum TSVG zum Aufheben von § 87d:

Die Regelungen in § 87d zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2012 sind obsolet und werden daher aufgehoben.

§ 87e

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

[1] Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2**, § 29 Absatz 5 Satz 1** und § 55 Abs. 4 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. [2] Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zu Grunde liegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. [3] Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. [4] Die Begrenzung nach den Sätzen 2 und 3 entfällt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2h Satz 2 erfüllt hat. [5] Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.

Begründung zum TSVG:

Zu Satz 1
Weil mit § 29 Absatz 5 eine weitere Abrechnungsgrundlage für Mehrkosten geschaffen wurde, wird § 87e um die Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Behandlungen nach § 29 Absatz 5 ergänzt.

Vierter Titel

Zahntechnische Leistungen

§ 88

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. [2] Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen, ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. [2] Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. [3] Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

(3) [1] Preise für zahntechnische Leistungen nach Absatz 1 ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Preise nach Absatz 2 Satz 1 und 2 um mindestens 5 vom Hundert zu unterschreiten. [2] Hierzu können Verträge nach § 83 abgeschlossen werden.

Fünfter Titel

Schiedswesen

§ 89

Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).

(3) [1] Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. [2] Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige Schiedsamt oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. [3] Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.

(4) [1] Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. [2] Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. [3] In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. [4] Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) [1] Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [2] Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. [3] Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. [4] Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. [5] Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. [6] Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. [7] Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) [1] Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. [2] § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. [3] Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. [4] Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) [1] **Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt.** [2] **Sie sind an Weisungen nicht gebunden.** [3] **Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden.** [4] **Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden.** [5] **Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben.** [6] **Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen.** [7] **Eine Stimmenthaltung ist unzulässig.** [8] **Jedes Mitglied hat eine Stimme.**

(8) [1] **Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind.** [2] **Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen.** [3] **In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind.** [4] **Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest.** [5] **Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.**

(9) [1] **Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts.** [2] **Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest.** [3] **Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben.** [4] **Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung.** [5] **Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.**

(10) [1] **Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.** [2] **Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen.** [3] **Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit.** [4] **Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht.** [5] **Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter gilt auch für das Bundesversicherungsamt, sofern ihm die Entscheidungen der Schiedsämter gemäß Satz 6 vorzulegen sind.** [6] **Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.** [7] **Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.** [8] **Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.**

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) [1] **Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene.** [2] **Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.** [3] **Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 3, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.**

(13) [1] **Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die**

Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. [2] Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [4] Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 1, 2, 4 und 5 sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Verordnung entsprechend.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von § 89:

In § 89 wird mit dem Schiedsamt die zentrale Streitschlichtungsinstanz im vertrags-(zahn)ärztlichen Bereich geregelt. Im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik wird im Zuge der Einrichtung des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in § 89a die Vorschrift des § 89 systematisch überarbeitet und neu strukturiert. Darüber hinaus werden redundante Formulierungen im Verhältnis zu der Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtsverordnung) gestrichen.

Durch die Neustrukturierung werden in den Absätzen 1 und 2 die Organisation der Landesschiedsämter (die örtlich jeweils für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sachlich zuständig sind) sowie des Bundesschiedsamtes geregelt, die bislang in den alten Absätzen 2 und 4 normiert waren.

Absatz 3* (Anmerkung: Siehe Ergänzung in Satz 2 durch den 14. Ausschuss) *enthält Regelungen über die Zuständigkeit und die Einleitung des Verfahrens auf Antrag sowie die Entscheidungsfindung. Dabei werden die bisher in den alten Absätzen 1 und 1a getroffenen Regelungen in einem Absatz zusammengefasst. Die Regelung in Absatz 3 gilt somit für alle Verträge über die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung. Dabei wird für den Fall, dass ein erforderlicher Antrag zur Einleitung des Verfahrens nicht gestellt wird, einheitlich geregelt dass auch die Aufsichtsbehörde nach Fristsetzung oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Parteien anrufen kann. Diese Zusammenführung dient der Vereinheitlichung der Schiedsamtsregelungen und der Effizienz des Verfahrens.

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 1 Satz 2 bis 4 für den Fall der Einleitung des Verfahrens durch die Kündigung eines Vertrages werden in den neuen Absatz 4 überführt.

Absatz 5 regelt die Besetzung des Schiedsamtes und die Bestellung der Mitglieder durch die Organisationen, die das Schiedsamt bilden. Die Anzahl der jeweiligen Vertreter der Vertragsparteien und der unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes entspricht der bisherigen Festlegung in § 1 Absatz 1 und 3 der Schiedsamtsverordnung. Die Regelung des alten Absatzes 2 Satz 3 und 4 werden in den neuen Absatz 5 Satz 2 und 3 überführt. Entsprechend der Regelung in § 89a Absatz 5 Satz 5 ist für den Fall, dass die Vertragsparteien keine Vertreter bestellen, eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 5 wird verwiesen.

Absatz 6 enthält die bisher in Absatz 3 normierten Regelungen zu den unparteiischen Mitgliedern (Vorsitzender sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder). Im Sinne einer stringenten und weitestgehend einheitlichen Konfliktlösung durch das Schiedsamt und das im neuen § 89a geregelte sektorenübergreifende Schiedsgremium wird das bislang vorgesehene Losverfahren zur Bestimmung der unparteiischen Mitglieder bei Nichteinigung der Parteien durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 6 wird verwiesen.

Aspekte der Abberufung, der Amtsniederlegung und der Verpflichtung zur Teilnahme der Mitglieder an den Sitzungen sowie der Stimmabgabe wurden bisher in der Schiedsamtsverordnung (§§ 4 bis 6) festgelegt. Aufgrund der generellen Bedeutung dieser Vorschriften für die Funktionsfähigkeit des gesamten Schiedsverfahrens werden diese Regelungen ins SGB V überführt und neben der Regelung des bisherigen Absatzes 3 Satz 7 und 8 einheitlich in Absatz 7 bestimmt.

Absatz 8 enthält Regelungen zur Beschlussfähigkeit des Schiedsamts. Dabei werden die grundsätzlichen Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit nach § 16a der Schiedsamtsverordnung in den Absatz 8 überführt. Ergänzend wird parallel zu den Regelungen zur Beschlussunfähigkeit in § 89a auch für den Fall, dass das Schiedsamt nicht beschlussfähig ist, eine Entscheidung durch die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes vorgesehen. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 8 wird verwiesen.

Die Einleitung des Verfahrens erfolgt auf Antrag einer Vertragspartei, durch die Aufsichtsbehörde (Absatz 3) oder durch Kündigung eines Vertrages (Absatz 4). Für den Fall, dass das Schiedsamt nach Einleitung des Verfahrens innerhalb der in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Frist von drei Monaten nicht entscheidet, wird in Absatz 9 Satz 1 bestimmt, dass die Aufsichtsbehörde eine Nachfrist zur Entscheidung setzt (vergleiche den alten Absatz 1 Satz 5 erster Halbsatz). Nach Ablauf dieser Nachfrist setzen die unparteiischen Mitglieder den Vertragsinhalt fest, damit eine möglichst zügige Entscheidung ermöglicht wird (Absatz 9 Satz 2). Die unparteiischen Mitglieder können dafür auf Kosten der Vertragsparteien die in Satz 3 genannten Informationsquellen in Auftrag geben. Es handelt sich hierbei nicht um eine Ermächtigungsgrundlage zur Datenerhebung. Durch den Ausschluss der aufschiebende Wirkung bei Rechtsmitteln gegen die Entscheidungen der Schiedsgremien und der Aufsichtsbehörden und den Ausschluss des Vorverfahrens (Absatz 9 Satz 4 und 5) wird sichergestellt, dass eine zeitnahe Umsetzung von versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten an einem funktionsfähigen Gesundheitssystem und

einer zeitnahen Erfüllung von Leistungsansprüchen gewährleistet ist. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 9 wird verwiesen.
Die im alten Absatz 5 enthaltenen Regelungen zur Aufsicht über die Schiedsämter werden in Absatz 10 übertragen. Im Hinblick auf die Rolle und Funktion der Aufsicht wird hierbei – in Anlehnung an die Regelungen zur Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a – auch für die Schiedsamtsverfahren nach § 89 klargestellt, dass das Aufsichtsrecht das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter umfasst **(Anmerkung: Siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss in Satz 5).**
Absatz 11 enthält die bisher im alten Absatz 6 geregelte Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Die Bestimmung des Näheren über die Zahl der Mitglieder der Schiedsämter entfällt, da diese in Absatz 5 durch den Gesetzgeber konkretisiert wurde.
Absatz 12 und Absatz 13 enthalten die inhaltlich unveränderten Regelungen zu den Schiedsämtern für die zahntechnische Versorgung.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Es handelt sich um Änderungen hinsichtlich des Anrufungs- und Sitzungsteilnahmerechts des Bundesversicherungsamts in den Schiedsgremien sowie Verweiskorrekturen in den Absätzen 12 und 13.
Zu Absatz 3 Satz 2
Nach der bislang im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung kann die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde das Schiedsverfahren im Wege der ersatzweisen Antragstellung einleiten, wenn ein für die Einleitung des Schiedsverfahrens erforderlicher Antrag nach Ablauf einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht gestellt wird. Mit der Änderung wird das ersatzweise Anrufungsrecht auch dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen eingeräumt, um ein Schiedsverfahren auch dann in Gang setzen zu können, wenn die Antragstellung weder durch die Vertragsparteien noch durch die Landesbehörden vorgenommen wird.
Zu Absatz 10
Die Änderung bewirkt ein Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Fällen, in denen die Entscheidungen der Schiedsämter dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind. Zusätzlich zu der in Satz 6 geregelten Vorlagepflicht wird dem Bundesversicherungsamt hierdurch die Möglichkeit eröffnet, bereits im Rahmen der Verhandlungen in den Schiedsämtern auf eine gesetzeskonforme Schiedsamtsentscheidung hinzuwirken.
Zu Absatz 12
Die Änderung dient der Korrektur eines redaktionellen Versehens. Absatz 5 Satz 4 bis 7 enthält Regelungen zur Bestellung der Mitglieder und Stellvertreter der Landesschiedsämter und der Bundesschiedsämter sowie zur Amtsdauer der Mitglieder und zur Anzahl der Stellvertreter. Diese Regelungen werden auf das Bundesschiedsamt nach Absatz 12 übertragen, da anderenfalls eine Regelungslücke entstünde.
Zu Absatz 13
Aus den zu Absatz 12 genannten Gründen sind die Regelungen des Absatzes 5 Satz 4 bis 7 auch auf die Landesschiedsämter nach Absatz 13 zu übertragen. Zudem ist ein bislang in Absatz 13 nicht enthaltener Verweis auf die Regelung des Absatzes 10 Satz 1 und 2 erforderlich, wonach die Landesschiedsämter der Aufsicht durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder unterstehen. In diesem Zusammenhang ist auch der Verweis auf Absatz 10 Satz 3, der die Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Bundesschiedsämter regelt, zu streichen. Schließlich erfolgt ein Verweis auf die Schiedsamtsverordnung nach Absatz 11, um klarzustellen, dass diese auch für den Bereich der Landesschiedsämter nach Absatz 13 gilt.

§ 89a

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.

(3) [1] **Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten.** [2] **Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschrieben Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.** [3] **Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.**

(4) [1] **Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.** [2] **Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest.** [3] **In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter.** [4] **Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.**

(5) [1] **Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.** [2] **Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter.** [3] **Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre.** [4] **Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt.** [5] **Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.**

(6) [1] **Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen.** [2] **Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.** [3] **Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.**

(7) [1] **Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt.** [2] **Sie sind an Weisungen nicht gebunden.** [3] **Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden.** [4] **Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden.** [5] **Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben.** [6] **Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen.** [7] **Eine Stimmenthaltung ist unzulässig.** [8] **Jedes Mitglied hat eine Stimme.**

(8) [1] **Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind.** [2] **Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen.** [3] **In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter**

und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. [4] Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. [5] Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. [6] Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) [1] Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. [2] Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. [3] Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. [4] Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. [5] Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. [6] Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) [1] Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. [2] Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. [3] Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. [4] Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. [5] Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsgremien gilt auch für das Bundesversicherungsamt, soweit ihm die Entscheidungen der Schiedsgremien gemäß Satz 6 vorzulegen sind. [6] Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. [7] Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. [8] Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Begründung zum TSVG zum Einfügen von § 89a:

Eine bedarfs- und zukunftsgerechte Gesundheitsversorgung setzt voraus, dass die ambulante und stationäre Leistungserbringung möglichst weitgehend aufeinander abgestimmt sind. Dabei sind ein gutes Zusammenwirken und die Vernetzung der verschiedenen Akteure über die Sektoren hinweg für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten von hoher Bedeutung. Da in den Bereichen Krankenversicherung und Krankenhauswesen die Selbstverwaltungspartner eine Vielzahl von gesetzlichen Aufträgen im Vereinbarungswege umzusetzen haben, haben gut funktionierende Schiedsregelungen eine zentrale Bedeutung, damit die von der Selbstverwaltung zu treffenden Entscheidungen effektiv, zeitnah und rechtssicher umgesetzt werden können. Dies gilt vor allem für den Bereich dreiseitiger Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhausseite zur Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsangebote, bei denen aufgrund der unterschiedlichen Grundprinzipien der Leistungserbringung und -abrechnung in der stationären und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Einigung der Vertragsparteien regelmäßig nur schwer herbeigeführt werden konnte.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu den Schiedsverfahren bei dreiseitigen Vereinbarungen zeigten eine historisch gewachsene Heterogenität auf, die sach- und interessengerechte Lösungen häufig erschwerte. Die Lösung dreiseitiger Konflikte wurde dabei bislang bestehenden

„bipolar“ ausgerichteten Gremien zugewiesen, die personell jeweils unterschiedlich aufgestockt wurden. Dabei wurden insbesondere das Schiedsamt nach § 89 und die Landesschiedsstelle nach § 114 in den entsprechenden Konstellationen erweitert. Gerade bei mehrpoligen Verhältnissen ist jedoch eine gleichmäßige Berücksichtigung der beteiligten Interessen notwendig. Die bloße Modifizierung der betreffenden bipolaren Gremien aus dem ambulanten oder stationären Bereich ist im sektorenübergreifenden tripolaren Bereich nicht sachgerecht. Ein Gremium, das den Konflikt einer dreiseitigen Vereinbarung lösen soll, muss die Interessen aller Vertrags- bzw. Vereinbarungspartner ausgeglichen berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund werden die Konfliktlösungsinstrumente für den dreiseitigen Bereich weiterentwickelt und ein eigenständiges sektorenübergreifendes Schiedsgremium für sektorenübergreifende Entscheidungen eingerichtet, das für Konfliktlösungen im dreiseitigen Bereich zuständig ist. Damit werden die derzeitigen unterschiedlichen Konstellationen und damit verbundene Probleme und Unsicherheiten beseitigt und im Sinne der Rechtssicherheit einheitliche und klare Regelungen geschaffen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung sektorenübergreifender Versorgung und damit verbundener dreiseitiger Vertrags- und Beschlusskonstellationen werden in dem Schiedsgremium für sektorenübergreifende Entscheidungen zur Konfliktlösung sektorenspezifische Kompetenzen gebündelt und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt, wobei auch die Rolle und Bedeutung der Aufsicht gestärkt wird. Das neue auf dreiseitige Problematiken spezialisierte, sektorenübergreifende Schiedsgremium beendet damit die uneinheitlichen Regelungen, personellen „Aufstockungen“ und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse.

Das Schiedsgremium für sektorenübergreifende Entscheidungen wird auf Bundes- und Landesebene verankert und entscheidet in den ihm jeweils durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben.

Absatz 1 regelt die Zusammensetzung des Schiedsgremiums auf Landesebene. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden jeweils ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium (das jeweils örtlich für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sachlich zuständig ist).

In Absatz 2 wird die Zusammensetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene festgelegt. Auf Bundesebene wird das Gremium von den Vertragsparteien Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft gebildet.

Absatz 3 **(Anmerkung: Ergänzung in Satz 2 druch den 14. Ausschuss)** *bestimmt das Stimmverhältnis für Entscheidungen des Schiedsgremiums, die Frist zur Entscheidung, die Zuständigkeiten sowie die Einleitung des Verfahrens. Zur Stärkung der Rechte aller Vertragsparteien wird für die Beschlussfindung bei allen dem Schiedsgremium zugewiesenen Entscheidungen einheitlich eine 2/3 Mehrheit (erforderlich sind somit mindestens sechs Stimmen für einen Beschluss, siehe Absatz 5) vorgesehen. Um die Interessen aller Vertragsparteien sachgerecht zu berücksichtigen kann deshalb künftig eine einzelne Vertragspartei nur dann überstimmt werden, wenn beide unparteiischen Mitglieder sich der Auffassung der beiden anderen Parteien anschließen. Durch die erforderliche 2/3 Mehrheit wird sichergestellt, dass keine Verträge zu Lasten Dritter ergehen. Sichergestellt ist zudem, dass keine Seite allein einen Mehrheitsbeschluss erreichen kann und die Stimmen der unparteiischen Mitglieder für einen Beschluss immer erforderlich sind.*

Das Schiedsgremium entscheidet in den gesetzlich zugewiesenen Aufgaben innerhalb von drei Monaten (Absatz 3 Satz 1). Auf Landesebene wird das Schiedsgremium somit insbesondere anstelle der jeweils erweiterten Landesschiedsstellen nach § 114 tätig (§§ 64c, 115, 137e). Das Gremium auf Bundesebene entbindet das auf zweiseitige vertragsärztliche Konfliktlösung ausgerichtete Bundesschiedsamt nach § 89 von jeglicher Tätigkeit im sektorenübergreifenden Bereich und macht dadurch die derzeit in einzelnen Normen des SGB V vorgesehenen „Erweiterungen“ (bspw. §§ 39, 115b, 116b, 117, 118) entbehrlich. Wie auch im Bereich des Schiedsamtes nach § 89 wird für den Fall, dass ein erforderlicher Antrag zur Einleitung des Verfahrens nicht gestellt wird, der Aufsichtsbehörde nach Fristsetzung einheitlich das Recht eingeräumt, das Schiedsgremium mit Wirkung für die Parteien anzurufen (Absatz 3 Satz 2). Mit dieser Regelung wird das Anliegen einer zeitnahen Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarungen und Verträge adressiert.

Absatz 4 regelt den Fall der Kündigung eines sektorenübergreifenden Vertrages. Wird ein bereits bestehender sektorenübergreifender Vertrag gekündigt, ist das jeweils zuständige sektorenübergreifende Gremium zu informieren. Das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium setzt den neuen Vertragsinhalt mit einer 2/3 Mehrheit (mindestsens sechs Stimmen) innerhalb von drei Monaten fest, wenn bis zum Ablauf des gekündigten Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande kommt. Es gelten insoweit dieselben Stimmverhältnisse wie nach Absatz 3. Klarstellend wird geregelt, dass für diesen Fall die Bestimmungen des bisherigen Vertrags bis zur Entscheidung des Gremiums weitergelten. Auch damit wird das Anliegen einer effizienten, zeitnahen Entscheidung begünstigt und Verzögerungen oder rechtsfreie Zustände vermieden.

Die Absätze 5 und 6 enthalten Regelungen zur Zusammensetzung der Gremien. Absatz 5 Satz 1

bestimmt, dass die Schiedsgremien auf Landesebene (Absatz 1) und das Schiedsgremium auf Bundesebene (Absatz 2) jeweils aus 8 Mitgliedern bestehen (je zwei Vertreter der Vertragsparteien und zwei unparteiische Mitglieder). Für jedes Mitglied sind zwei Stellvertreter vorgesehen. Die Vertragsparteien haben jeweils ihre Vertreter und Stellvertreter zu bestellen (Absatz 5 Satz 4). Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, werden die Vertreter und Stellvertreter auf Bundesebene durch das Bundesministerium für Gesundheit, auf Landesebene durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde nach Fristsetzung bestellt (Satz 5), um „Blockadehaltungen" der Parteien bei der Konstituierung des Schiedsgremiums zu verhindern und die zeitnahe Zusammensetzung des Schiedsgremiums zu sichern. Absatz 6 Satz 1 sieht für das Schiedsgremium zwei unparteiische Mitglieder vor. Mit der Regelung soll erreicht werden, dass keine der drei Parteien jeweils „ihren" Unparteiischen einbringen kann, sondern sich die Parteien zu dritt auf zwei Personen zu einigen haben. Gelingt dies nicht, bestellt die zuständige Aufsichtsbehörde die Unparteiischen (Satz 2). Diese Regelung, die der Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 entspricht, löst das bisher vorgesehene Losverfahren bei Nichteinigung über die Unparteiischen ab. Dies ist deshalb sachgerecht, da die Akzeptanz eines durch Losverfahren gezogenen unparteiischen Mitgliedes, häufig nicht gegeben ist. Mit der Bestellung durch die Aufsichtsbehörde wird die Verantwortung für das Zustandekommen der gesetzlich vorgesehenen Verträge und Beschlüsse gestärkt, indem den Aufsichtsbehörden die Letztverantwortung für die in den Absätzen 5 und 6 zu treffenden Entscheidungen übertragen wird.

Für alle Mitglieder des Schiedsgremiums beträgt die Amtsdauer – entsprechend der Amtsdauer bei den Mitgliedern des Schiedsamts nach § 89 – vier Jahre (Absatz 5 Satz 3).

Die Mitglieder des Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt und sind an Weisungen nicht gebunden (Absatz 7 Satz 1 und 2). Die darüber hinaus in Absatz 7 geregelte Möglichkeit der Abberufung der Mitglieder der Schiedsgremien, die Amtsniederlegung und die Verpflichtung zur Teilnahme an den Sitzungen entsprechen jeweils den bisherigen Regelungen in den §§ 4, 5 und 6 der Schiedsamtsverordnung (alt), die mit der Neufassung des § 89 ins SGB V überführt wurden und auch für das sektorenübergreifende Schiedsgremium im SGB V verankert werden.

Absatz 8 regelt die Beschlussfähigkeit des Gremiums. Das Gremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder bzw. ihre jeweiligen Stellvertreter anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist eine zweite Sitzung vorzusehen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums anwesend sind. Ist die Beschlussfähigkeit auch dann nicht gegeben, entscheiden die beiden unparteiischen Mitglieder des Schiedsgremiums. Auf diese Weise werden die Effizienz des Verfahrens und eine zeitnahe Entscheidungsfindung befördert.

Absatz 9 enthält Regelungen für den Fall, dass das Gremium nach Einleitung des Verfahrens innerhalb der in Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 gesetzten Frist von drei Monaten keine Entscheidung trifft. In diesem Fall setzt die Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung. Nach Ablauf der Frist entscheiden die beiden unparteiischen Mitglieder, damit eine möglichst zügige Entscheidung ermöglicht wird. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Auswertungen, zum Beispiel beim Institut des Bewertungsausschusses (InBA) oder beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben (Absatz 9 Satz 3). Dabei handelt es sich nicht um eine Ermächtigungsgrundlage zur Datenerhebung. Durch den Ausschluss der aufschiebende Wirkung bei Rechtsmitteln gegen die Entscheidungen der Schiedsgremien und der Aufsichtsbehörden und den Ausschluss des Vorverfahrens (Absatz 9 Satz 4 und 5) wird sichergestellt, dass eine zeitnahe Umsetzung von versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten an einem funktionsfähigen Gesundheitssystem und einer zeitnahen Erfüllung von Leistungsansprüchen gewährleistet ist.

Die in Absatz 10 Satz 1 und 2 normierten Aufsichtsregeln entsprechen denen über das Schiedsamt nach § 89 **(Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 5).**

Der Rechtsrahmen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien wird, wie auch für § 89 vorgesehen, durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates konkretisiert (Absatz 11).

Da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sektorenübergreifende Verträge keine besondere Bedeutung haben, ist in Absatz 12 geregelt, dass die Regelungen zur Bildung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nicht gelten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3 und Absatz 10

Mit den Änderungen wird das ersatzweise Anrufungsrecht des Bundesversicherungsamts zur Einleitung des Verfahrens in den Schiedsämtern auf die Regelung zu den sektorenübergreifenden Schiedsgremien übertragen. Gleiches gilt für das ersatzweise Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Verhandlungen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien.

Sechster Titel

Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesauschuss

§ 90

Landesausschüsse

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. [2] Die Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen.

(2) [1] Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See. [2] Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände sowie die Ersatzkassen einigen. [3] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen berufen. [4] Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte entsprechend. [5] Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bestellt.

(3) [1] Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. [2] Sie sind an Weisungen nicht gebunden. [3] Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) [1] Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. [2] In den Landesausschüssen sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. [3] Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. [4] **In den Landesausschüssen umfasst das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Antragstellung.**

(5) [1] Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. [2] § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(6) [1] Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. [2] Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. [3] § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 4 Satz 4* – Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss (allgemeines Antragsrecht)**
Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden um ein Antragsrecht erweitert. Das Antragsrecht bezieht sich auf die Ausnahme

von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten eines Planungsbereichs von den Zulassungsbeschränkungen und korrespondiert insoweit mit den in § 103 Absatz 2 neu geregelten Kompetenzen der Landesbehörden zur Bestimmung der betreffenden Teilregionen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 4 Satz 4

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen um ein allgemeines Antragsrecht ergänzt. Ziel der Regelung ist, dass die Länder versorgungsrelevante Erkenntnisse in den Landesausschüssen bestmöglich zur Geltung bringen können, indem sie Beratungsgegenstände auf eigene Initiative auf die Tagesordnung setzen lassen. Landesbehörden verfügen häufig nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebieten. Ihnen sind darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen. Entsprechende Erkenntnisse können etwa für die Prüfung, ob in nicht unterversorgten Planungsbereichen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (§ 100 Absatz 3), nutzbar gemacht werden, um eine Prüfung der örtlichen Versorgungslage (§ 35 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 20.12.2012 BAnz AT 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 18.10.2018, BAnz AT 16.01.2019 B4, in Kraft getreten am: 17.01.2019) im Landesausschuss anzustoßen.

Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrates. Bislang beinhaltet der Gesetzesentwurf ein Antragsrecht der Länder in den Landesausschüssen lediglich hinsichtlich der Ausnahme von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten von bestehenden Zulassungsbeschränkungen.

§ 90a

Gemeinsames Landesgremium

(1) [1] Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. [2] Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.

§ 91

Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. [3] Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) [1] Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. [2] Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteii-

schen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. [3] Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. [5] Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. [6] Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. [7] Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. [8] Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. [9] Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. [10] Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. [11] Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. [12] Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. [13] Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht. [14] Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. [15] **Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig.** [16] **Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden.** [17] **Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen.** [18] **Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen.** [19] **Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.** [20] Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. [21] Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. [22] Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.

(2a) [1] Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. [2] Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen

oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. [4] Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.

(3) [1] Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c entsprechend. [2] Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(3a) [1] Verletzen Mitglieder oder deren Stellvertreter, die von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen benannt oder berufen werden, in der ihnen insoweit übertragenen Amtsführung die ihnen einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches mit der Maßgabe entsprechend, dass die Verantwortlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss, nicht aber die in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen, trifft. [2] Dies gilt auch im Falle einer Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 2 Satz 7. [3] Soweit von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Personen für die nach seiner Geschäftsordnung bestehenden Gremien benannt werden und diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden, gilt Satz 1 entsprechend. [4] Das Gleiche gilt für nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannte sachkundige Personen, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind. [5] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich Bewertungen nach den §§ 35a und 35b, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft; in der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

[2] Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. [3] Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Vorlage des Beschlusses und der tragenden Gründe ganz oder teilweise versagt. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Genehmigungsprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. [5] Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise und des Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. [6] Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen. [7] Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn sich die Erforderlichkeit

der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt. [8] Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Sätzen 3 bis 7 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) [1] 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. [2] § 136b Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) [1] Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. [2] Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. [3] Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen. [4] Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. [5] Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags können sie die Geschäftsführung beauftragen. [6] Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich. [7] Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(8) – aufgehoben

(9) [1] Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche oder elektronische Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt spätestens ab dem 1. September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. [2] Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. [3] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.

(11) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, **§ 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9** vorzulegen, in dem im Falle von Fristüberschreitungen auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. [2] Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 15 bis 19
Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung der hauptamtlichen Unparteiischen des Ge-

meinsamen Bundesausschusses, die den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen. Zusätzlich wird im neuen § 91 Absatz 2 Satz 18 aus Gründen der Transparenz eine Pflicht der Unparteiischen eingeführt, Vergütungen, die sie im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit von Dritten erhalten, den Organisationen nach § 91 Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass derartige Vergütungen wegen der besonderen Anforderungen an die Unparteilichkeit und Unabhängigkeit der Unparteiischen allenfalls im Rahmen zulässiger Nebentätigkeiten gewährt werden. Sie sind auf die Bezüge der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen.

Zu Absatz 11 Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in den §§ 137c und 137h.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 2 Satz 14

Im Wege der Vereinheitlichung der Vorgaben für die auf Bundesebene maßgeblichen Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere im Bereich der Haushalts- und Wirtschaftsführung wird die bereits für die Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geltende Pflicht zur Veröffentlichung der Höhe der jährlichen Vorstandsvergütungen künftig auch auf die Vergütung der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA entsprechend übertragen.

Zu Absatz 4 Satz 3 bis 8 – Anmerkung: Satz 3 und 4 durch 14. Ausschuss eingefügt

Entsprechend der mit diesem Gesetz eingeführten Aufsichtsmittel in besonderen Fällen wird das nach § 78a Absatz 1 und § 217g Absatz 1 vorgesehene Aufsichtsinstrument auf die Genehmigung der Geschäftsordnung und der Verfahrensordnung des G-BA übertragen. Der Genehmigungsvorbehalt nach § 91 Absatz 4 Satz 2 ist jedoch nicht auf eine bloße Rechtsmäßigkeitsprüfung beschränkt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eröffnet ein solcher Genehmigungsvorbehalt, wenn Abweichendes nicht ausdrücklich bestimmt ist, der Aufsichtsbehörde regelmäßig besondere, über die Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehende Einwirkungsmöglichkeiten, um die Sicherstellung der Sozialversicherung als Ganzes unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch die Versicherungsträger zu ermöglichen. Das BMG ist demnach befugt, an der abstrakt-generellen Grundlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Richtlinienbeschlüsse des G-BA und an der Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens in der Verfahrensordnung mit maßgeblichem Einfluss mitzuwirken (siehe Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 2009, Az. B 6 A 1/08 R, Randnummer 49). Gegenüber § 78a Absatz 1 und § 217g Absatz 1 erfolgt deshalb eine Anpassung in der Gesetzesformulierung um klarzustellen, dass diese weitergehenden Mitwirkungsrechte des BMG in Bezug auf die Geschäftsordnung und die Verfahrensordnung erhalten bleiben. Die Befugnis des BMG, gegenüber dem G-BA die Erforderlichkeit von Änderungen der Geschäftsordnung und der Verfahrensordnung geltend zu machen, werden daher nicht auf die Fälle beschränkt, in denen eine Genehmigung wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht versagt werden müsste oder nicht hätte erteilt werden dürfen. Stattdessen umfassen sie insbesondere auch die Fälle, in denen das BMG zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise des G-BA in der Geschäftsordnung oder zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens einschließlich der Bewertungsmaßstäbe in der Verfahrensordnung entsprechende Änderungen als erforderlich ansieht. Die konkrete Regelung in § 91 Absatz 4 ist eine Spezialregelung gegenüber der im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch enthaltenen allgemeinen Regelungssystematik zu Rücknahme und Widerruf von Verwaltungsakten, die nicht auf die Berücksichtigung der Besonderheiten der Genehmigung von Normsetzungsbeschlüssen, hier im Bereich der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA, ausgerichtet ist.

Zu Absatz 8

Die Aufhebung von § 91 Absatz 8 erfolgt, weil die allgemeinen Regelungen für die Aufsicht über den G-BA künftig in § 91a zusammengefasst werden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 4 Satz 3 und 4

Mit der Änderung wird für die Genehmigungsprüfung von Regelungen in der Geschäftsordnung und in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Frist von drei Monaten und damit verbunden eine Genehmigungsfiktion eingeführt. Die Frist beginnt mit dem Eingang des zur Genehmigung vorgelegten Beschlusses einschließlich seiner tragenden Gründe im Bundesministerium für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb der 3-Monats-Frist ganz oder teilweise versagt. Ausdrücklich geregelt wird zudem, dass das Bundesministerium für Gesundheit zusätzliche Auskünfte vom G-BA anfordern kann, wenn es diese für die Durchführung einer Genehmigungsprüfung benötigt. Der Lauf der Genehmigungsfrist ist dann bis zum Eingang der Auskünfte unterbrochen.

Durch diese Änderung wird eine zeitgerechte Prüfung von Beschlüssen des G-BA zur Geschäftsordnung und zur Verfahrensordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit sichergestellt. Die im bisherigen Gesetzentwurf enthaltene Ergänzung in § 91 Absatz 4 wird im Übrigen inhaltlich unverändert beibehalten.

Durch das Voranstellen von zwei weiteren neuen Sätzen werden Anpassungen der Verweise in den neuen Sätzen 7 und 8 erforderlich.

§ 91a

Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen

(1) [1] Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. [2] Die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. [3] Für das Haushalts- und Rechnungswesen gelten die §§ 67 bis 69 Absatz 1 und 2, § 70 Absatz 1 und die §§ 76 bis 77 Absatz 1 und 1a des Vierten Buches entsprechend. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt seinen Haushaltsplan dem Bundesministerium für Gesundheit. [5] Er teilt dem Bundesministerium für Gesundheit mit, wenn er eine vorläufige Haushaltsführung, die Genehmigung überplanmäßiger oder außerplanmäßiger Ausgaben oder einen Nachtragshaushalt beschließt. [6] Für das Vermögen gelten die §§ 80 bis 83 und 85 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 bis 5 des Vierten Buches und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. [7] Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend. [8] Für die Höhe der Betriebsmittel gilt § 260 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. [9] Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c zu erhebenden Zuschläge zu verwenden.

(2) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. [2] In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem einzurichten. [3] Die Ergebnisse des internen Kontrollsystems sind dem Beschlussgremium nach § 91 Absatz 2 Satz 1 und dem Innovationsausschuss nach § 92b Absatz 1 in regelmäßigen Abständen sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(4) Die Vorschriften über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an Einrichtungen nach § 219 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 91a:

Zu Absatz 1

Die Sätze 1 und 2 entsprechen im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 91 Absatz 8. Zusätzlich wird – entsprechend dem Wortlaut der Regelung in § 217d Absatz 2 Satz 2 für den GKV-Spitzenverband – ausdrücklich auch auf die entsprechende Anwendung des § 87 SGB IV verwiesen, um deutlich zu machen, dass es sich bei der Aufsicht über den G-BA nach § 91a – ebenso wie nach § 94 – um eine Rechtsaufsicht handelt. Die besonderen über eine Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehenden Einwirkungsmöglichkeiten nach § 91 Absatz 4 im Bereich der Genehmigung von Geschäftsordnung und Verfahrensordnung bleiben hiervon unberührt.

In Satz 3 werden einige wesentliche Vorgaben für die Haushalts- und Wirtschaftsführung, die im SGB IV geregelt sind, für entsprechend anwendbar erklärt. Dies betrifft Regelungen zur Aufstellung des Haushaltsplans (§§ 67, 70 Absatz 1 SGB IV), zur Bedeutung und Wirkung des Haushaltsplans (§ 68 SGB IV), zum Ausgleich des Haushalts in Einnahmen und Ausgaben (§ 69 Absatz 1 SGB IV), zu den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV), zur Erhebung der Einnahmen (§ 76 SGB IV) und zur Jahresrechnung (§ 77 SGB IV), die etwa auch für den GKV-Spitzenverband in § 217d Absatz 2 geregelt werden. Die Anordnung einer nur entsprechenden Anwendung der im SGB IV enthaltenen Vorgaben für Versicherungsträger auf den G-BA bezieht sich insbesondere auf die abweichende Organisationsstruktur des G-BA. So erfolgen Aufstellung und Feststellung des Haushaltsplans im Sinne von § 70 SGB IV nicht durch Vorstand und Vertreterversammlung, sondern durch den Finanzausschuss und das Beschlussgremium des G-BA. Eine förmliche Vorlagepflicht des Haushalts gegenüber der Aufsichtsbehörde mit einmonatiger Beanstandungsfrist in entsprechender Anwendung des § 70 Absatz 5 SGB IV ist wegen der unterschiedlichen Organisationsstruktur des G-BA und des bewährten Verfahrens, wonach der vom Finanzausschuss des G-BA aufgestellte Haushaltsentwurf vor der Beschlussfassung im Plenum dem BMG im Rahmen der allgemeinen Aufsichtsführung übersandt wird, entbehrlich.

Die Sätze 4 und 5 bestimmen, dass der G-BA das BMG – neben der Übermittlung des Haushaltsplans – auch über etwaige Beschlüsse zu einer vorläufigen Haushaltsführung, zur Genehmigung über- oder außerplanmäßiger Ausgaben oder zu einem Nachtragshaushalt informiert, wie dies bereits im Wesentlichen bisher schon der Fall ist.
Die Sätze 6 und 7 sehen die entsprechende Anwendung einiger, wesentlicher Regelungen des SGB IV zum Vermögen, des § 305b zur Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse hinsichtlich der Verwendung der Mittel sowie des § 263 zur Definition des Verwaltungsvermögens vor.
Abweichend von den Vorgaben für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den GKV-Spitzenverband wird dem G-BA in Satz 8 nicht das Einfache einer Monatsausgabe für die Höhe der Betriebsmittel als zulässige Grenze vorgegeben, sondern entsprechend den Regelungen für Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 das Eineinhalbfache (Anmerkung: siehe endgültige Fassung § 78 Absatz 5 Satz 4 und § 217d Absatz 2 Satz 5). *Diese Höhe ist erforderlich und angemessen, um angesichts der geltenden Zahlungsmodalitäten des für die Finanzierung des G-BA erhobenen Systemzuschlags eine hinreichende Liquidität zu sichern. Die Zulässigkeit einer Rücklage zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit des G-BA, für den Fall, dass Einnahme- und Ausgabeschwankungen durch den Einsatz der Betriebsmittel nicht mehr ausgeglichen werden können, ergibt sich aus Satz 6 in Verbindung mit § 82 SGB IV. Auf eine gesetzliche Vorgabe zur Höhe wird verzichtet. Es gelten jedoch die allgemeinen Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die einer Überdimensionierung der Rücklage entgegenstehen.*
Soweit Vermögen, insbesondere Einnahmenüberschüsse nicht zur Rücklagenbildung benötigt werden, sind diese nach Satz 9 zur Senkung des Systemzuschlags zu verwenden, wie dies auch bereits bisher durch den G-BA erfolgt.
Die Zulässigkeit von Darlehensaufnahmen richtet sich nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. So sind kurzfristige Kassenverstärkungskredite zur Überwindung von Liquiditätsengpässen für den G-BA als Ultima Ratio weiterhin möglich, wenn sie unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erforderlich und angemessen sind.
Zu Absatz 2 und 3 – Anmerkung: Absatz 3 – GE – durch 14. Ausschuss ohne nähere Begründung weggefallen (vgl. die Begründung zu § 78 Absatz 6 – GE)
Für diese Neuregelungen gelten die Erwägungen zur Neuregelung in § 78 Absatz 4 und 6 sowie zur Neuregelung in § 217d Absatz 3 und 4 entsprechend (Anmerkung: § 78 Absatz 6 – GE und § 217d Absatz 4 – GE entfallen). *Die Betragshöhe von 10 000 000 Euro gibt den maximalen Rahmen für ein etwaiges, nur im Ausnahmefall in Betracht kommendes Zwangsgeld vor. Über die angemessene Höhe im konkreten Einzelfall wäre unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu entscheiden.*
Zu Absatz 3
Für diese Neuregelung gelten die Erwägungen zur Neuregelung in § 79 Absatz 7 sowie zur Neuregelung in § 217b Absatz 2a entsprechend. Abweichend von den dortigen Regelungen wird dem G-BA jedoch nicht vorgegeben, eine unabhängige interne Revision zu errichten, weil eine solche angesichts vergleichsweise geringer Vermögenswerte des G-BA und fehlender Geschäftsbeteiligungen als Übermaßanforderung erscheint.
Zu Absatz 4
Für diese Neuregelung gelten die Erwägungen zur Neuregelung in § 219 Absatz 2 bis 4 entsprechend.

§ 92

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. [2] Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungs-

untersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,

4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Absatz 1 **sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4**,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

(1a) [1] Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von externem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeben, einen Beschluss zu einzelnen dem Bundesausschuss durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. [4] Bei Nichteinhaltung der Frist fasst eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluss. [5] Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter. [6] Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1b) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134a Absatz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) [1] Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Bewertungen nach §§ 35a und 35b so zusammenzustellen, dass dem Arzt die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie ermöglicht wird. [2] Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. [3] Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, sind zu den einzelnen Indikationsgebieten Hinweise aufzunehmen, aus denen sich für Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens auch im Verhältnis zu den Therapiekosten und damit zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung ergibt; § 73 Abs. 8 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. [4] Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können ferner für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel

in folgenden Gruppen zusammengefasst werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind,
3. Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

[5] Absatz 3a gilt entsprechend. [6] In den Therapiehinweisen nach den Sätzen 1 und 7 können Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung von Arzneimitteln festgestellt werden, insbesondere bezogen auf die Qualifikation des Arztes oder auf die zu behandelnden Patientengruppen. [7] In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 können auch Therapiehinweise zu Arzneimitteln außerhalb von Zusammenstellungen gegeben werden; die Sätze 3 und 4 sowie Absatz 1 Satz 1 dritter Halbsatz gelten entsprechend. [8] Die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 können Empfehlungen zu den Anteilen einzelner Wirkstoffe an den Verordnungen im Indikationsgebiet vorsehen. [9] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die Grundsätze für die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 in seiner Verfahrensordnung. [10] Verordnungseinschränkungen oder Verordnungsausschlüsse nach Absatz 1 für Arzneimittel beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gesondert in Richtlinien außerhalb von Therapiehinweisen. [11] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Verordnung eines Arzneimittels nur einschränken oder ausschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit nicht durch einen Festbetrag nach § 35 hergestellt werden kann. [12] Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse eines Arzneimittels wegen Unzweckmäßigkeit nach Absatz 1 Satz 1 dürfen den Feststellungen der Zulassungsbehörde über Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nicht widersprechen.

(2a) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft vom pharmazeutischen Unternehmer im Benehmen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut innerhalb einer angemessenen Frist ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels fordern. [2] Absatz 3a gilt für die Forderung nach Satz 1 entsprechend. [3] Das Nähere zu den Voraussetzungen, zu der Forderung ergänzender Studien, zu Fristen sowie zu den Anforderungen an die Studien regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. [4] Werden die Studien nach Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 von der Verordnungsfähigkeit ausschließen. [5] Eine gesonderte Klage gegen die Forderung ergänzender Studien ist ausgeschlossen.

(3) [1] Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 2 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. [2] Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. [3] Ein Vorverfahren findet nicht statt. [4] Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen nach Absatz 2 Satz 2, die Zusammenfassung der Arzneimittel in Gruppen nach Absatz 2 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung nach Absatz 2 ist unzulässig.

(3a) [1] Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [2] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zu Grunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,

2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a.

(5) [1] Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer, den Rehabilitationsträgern (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 des Neunten Buches) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [2] In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.

(6) [1] In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. **die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,**
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer**,**
5. **auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz 11 Satz 1 verzichtet werden kann sowie**
6. **die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1.**

[2] Vor der Entscheidung des **Gemeinsamen** Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(6a) [1] In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. [2] Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

(7) [1] In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung,
2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus,
3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt,
4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)**,**
5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.

[2] Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen

Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7a) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in **§ 127 Absatz 9 Satz 1** genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7b) [1] Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [2] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7d) [1] Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinprodukthersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [2] Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7e) [1] Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein **Antrags- und Mitberatungsrecht**. [2] Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. [3] Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. [4] **Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten.** [5] **Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.** [6] **Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen.** [7] **Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.**

(7f) [1] Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhalten die Länder ein **Antrags- und Mitberatungsrecht**; **Absatz 7e Satz 2 bis 7** gilt entsprechend. [2] Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. [4] Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 2 Nummer 10
Redaktionelle Folgeänderung zur Erweiterung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Kryokonservierung gemäß § 27a Absatz 4.
***Zu Absatz 6a Satz 3* – GE – Anmerkung: durch den 14. Ausschuss entfallen**
Die psychotherapeutische Behandlung der gesetzlichen Krankenversicherung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften Versorgung erfolgen. Diese neue Versorgungsform ist im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich, um den gerade hier festzustellenden besonderen Herausforderungen bei der Gewährleistung eines dem individuellen Behandlungsbedarf entsprechenden, zeitnahen Behandlungszugangs gerecht zu werden. Sie dient der Flankierung der im Übrigen nicht bereichsspezifischen sonstigen Maßnahmen dieses Gesetzes zur Gewährleistung kürzerer und vor allem bedarfsgerechter Wartezeiten, und damit auch der Verbesserung des Krankheitsverlaufs so-

wie der Reduzierung der Folgekosten eines verzögerten oder in anderer Weise unangemessenen Behandlungsbeginns. Dadurch soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistungen verbessert werden. Das Nähere zur Ausgestaltung des gestuften Versorgungskonzepts wird der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen. Damit wird nicht nur die Akzeptanz unter allen Beteiligten der Gemeinsamen Selbstverwaltung gestärkt, sondern infolge der unmittelbaren Sachnähe dieses Beschlussgremiums sichergestellt, dass die gefundenen Lösungen auch praktisch umsetzbar sind und die gewünschten Erfolge zeitigen. Bei der Implementierung des hiermit gesetzlich vorgegebenen gestuften und gesteuerten Verfahrens wird der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu konkretisieren haben. Hierbei hat er sicherzustellen, dass die Zahl der diese Anforderungen voraussichtlich erfüllenden Leistungserbringer hinreichend ist, um einen nahtlosen Übergang in die gestufte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu kann es erforderlich sein, eine Einführungsphase vorzusehen, in der die gestufte Versorgung nur für definierte F- und G-Diagnosen des ICD-10-GM vorgegeben wird.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 6
Zu Satz 1
Zu Nummer 3
Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die orientierende Behandlungsmenge ersetzt die bisherige indikationsbezogene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung, wie es bisher für die Verordnungen innerhalb des Regelfalls und den Verordnungen außerhalb des Regelfalls erforderlich war. Die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung entspricht der bisherigen Verordnungsmenge je Diagnose.
Zu Nummer 4
Es handelt sich um eine Folgeänderung.
Zu Nummer 5 und 6
Da eine „Blankoverordnung“ nicht mehr alle Angaben enthalten kann, die eine Verordnung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in ihrer bisherigen Fassung enthalten muss, hat der Gemeinsame Bundeausschuss zu regeln, auf welche Angaben bei der „Blankoverordnung“ verzichtet werden können.
Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesauschuss die Gültigkeitsdauer der „Blankoverordnung“ festzulegen, damit nicht über diesen Umweg die Diagnosen für einen langfristigen Heilmittelbedarf ausgeweitet werden.
Zu Satz 2
Durch die Einfügung des Wortes „Gemeinsamen“ wird die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch durchgängig verwendete Bezeichnung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch in Absatz 6 Satz 2 verwendet.
Zu Absatz 6a Satz 3
Die bisherige Regelung im Gesetzentwurf wird gestrichen. Es wird zeitnah eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt.
Bei der verbliebenen Änderung in § 92 Absatz 6a Satz 3 handelt es sich lediglich um die redaktionelle Bereinigung einer erledigten Fristvorgabe.
Zu Absatz 7a
Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.
Zu Absatz 7e und 7f
Durch die Änderungen in § 92 Absatz 7e und 7f werden den Ländern künftig in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretungen eingeräumt. Dies betrifft die Ausweitung der Mitberatungsgegenstände im Bereich der Qualitätssicherung auch auf solche Regelungen, die nicht für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind, die Gewährung eines förmlichen Antragsrechts in Bezug auf die Regelungen zur Bedarfsplanung und zur Qualitätssicherung sowie die Einführung eines Einvernehmenserfordernisses für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung des G-BA.
Durch die Änderungen in § 92 Absatz 7e wird den Ländern künftig in den Beratungen des G-BA zu Richtlinien über die Bedarfsplanung neben dem bereits bestehenden Mitberatungsrecht auch ein Antragsrecht eingeräumt. Zudem wird ein Einvernehmenserfordernis für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in dem Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA eingeführt.

Durch die Änderung in § 92 Absatz 7f wird den Ländern künftig in den Beratungen des G-BA zu Richtlinien über die Qualitätssicherung und bei Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c neben dem bereits bestehenden Mitberatungsrecht auch ein Antragsrecht eingeräumt. Das Antrags- und Mitberatungsrecht bezieht sich auch auf solche Regelungen, die nicht für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind. Zudem wird ein Einvernehmenserfordernis für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eingeführt.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 2 Satz 11 – Anmerkung: „oder durch die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b" gestrichen.
Diese Vorschrift schreibt in ihrer bisherigen Fassung lediglich vor, dass die Bildung eines Festbetrags oder die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags einer Einschränkung oder dem Ausschluss der Verordnung eines Arzneimittels zur Herstellung der Wirtschaftlichkeit vorzuziehen ist. Sie besagt nicht, dass, sofern ein Erstattungsbetrag nach § 130b zu vereinbaren ist, die Einschränkung oder der Ausschluss der Erstattung per se ausgeschlossen ist. Gleichwohl hat dieser Satzteil in der Praxis zu Missverständnissen geführt.
Daher wird im neuen § 35a Absatz 3 Satz 5 klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln auch zeitgleich mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung einschränken kann. Die Voraussetzungen dafür sind im neuen § 35a Absatz 3 Satz 5 konkretisiert. Die vorliegende Streichung steht mit der Einfügung des neuen § 35a Absatz 3 Satz 5 in Zusammenhang und dient der weiteren Klarstellung des Gemeinten. – Anmerkung: siehe ausführliche Begründung des 14. Ausschusses zur Aufhebung von § 35a Absatz 3 Satz 5 ff. – GE!
Anders als bei der Bildung von Festbetragsgruppen kommt dem Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich der Frage, ob ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren ist, auch kein Ermessensspielraum zu. Eine Abwägung zwischen der Vereinbarung eines Erstattungsbetrags und einer Einschränkung der Verordnungsfähigkeit ist daher nicht erforderlich.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 7a
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in § 126 Absatz 1a.

§ 92a

Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. [2] Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. [3] Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. [4] Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

[5] Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. [6] Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. [7] Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. [2] Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein. [3] Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a

in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. [4] Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. [5] Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.

(3) [1] Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. [2] Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. [3] Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. [4] Von der Fördersumme sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. [5] Mittel, die im Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen. [6] Die Laufzeit eines Vorhabens nach den Absätzen 1 und 2 kann bis zu vier Jahre betragen.

(4) [1] Die Mittel nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. [2] Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. [3] Die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. [4] Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6 Satz 7 gilt entsprechend. [5] Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. [2] Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit übersendet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung. [4] Einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2021 vor.

§ 92b

Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) [1] Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet. [2] Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. [3] Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. [4] § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7, Absatz 5 sowie 6 gilt entsprechend.

(2) [1] Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. [2] Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. [3] Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. [4] Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. [5] Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. [6] Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) [1] Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. [2] Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,
2. Möglichkeit zur Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,
3. Erlass von Förderbescheiden,
4. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,
5. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,
6. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben.

(5) [1] Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. [2] Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. [3] Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. [4] Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. [5] Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. [6] Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen.

(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3,
2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,
3. Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung.

(7) [1] Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. [2] Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 Satz 1 wie folgt:

Es handelt sich bei der Änderung in § 92b Absatz 1 Satz 1 um die redaktionelle Bereinigung einer obsoleten Fristvorgabe.

§ 93

Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in regelmäßigen Zeitabständen die nach § 34 Abs. 1 oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 [weggefallen] und 3 ganz oder für bestimmte

Indikationsgebiete von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen. [2]Die Übersicht ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekannt machen.

§ 94

Wirksamwerden der Richtlinien

(1) [1] Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. [2] Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden; bei Beschlüssen nach **§ 20i Absatz 1 und bei Beschlüssen nach § 35 Absatz 1** innerhalb von vier Wochen. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. [4] Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. [5] Kommen die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien.

(2) [1] Die Richtlinien sind im Bundesanzeiger und deren tragende Gründe im Internet bekannt zu machen. [2] Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.

(3) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 Satz 2 wie folgt:

Die Frist für die aufsichtsrechtliche Prüfung von Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 wird auf vier Wochen verkürzt. Auf die Begründung zu § 20i Absatz 1 Satz 5 wird verwiesen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 3 wie folgt:

Es handelt sich um eine Parallelregelung zum neuen § 87 Absatz 7 SGB V. Wegen des in wesentlichen Bereichen gleichen Wortlauts des § 87 Absatz 6 SGB V und des § 94 Absatz 1 SGB V bedarf es auch im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entsprechender ausdrücklicher Regelungen wie im Verhältnis zu den Bewertungsausschüssen, um auch systematisch klarzustellen, dass der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen auch im Bereich der Aufsicht über die Richtlinienbeschlüsse des G-BA gilt.

Siebter Titel

Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung

§ 95

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) [1] An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. [2] Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. [3] Der ärztliche Leiter

muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. [4] Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. [5] Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) [1] Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3**, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3**, von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von Kommunen gegründet werden. [2] **Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten.** [3] **Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.** [4] Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort**; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort**. [5] Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(1b) [1] **Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet.** [2] **In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen.** [3] **Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:**

1. **in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,**
2. **in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.**

[4] **Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung.** [5] **Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen.** [6] **Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.** [7] **Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.**

(2) [1] Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. [2] Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen

Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. [3] Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,

2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

[4] Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. [5] Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. [6] Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter **entweder** selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. [7] Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. [8] Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. [9] Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind **oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen**. [10] **Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.** [11] Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(3) [1] Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. [2] Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. [3] Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. [4] Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung **bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz,** zu prüfen. [5] **Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln**.

(4) [1] Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. [2] Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. [3] Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) [1] Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. [2] **Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.**

(6) [1] Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine

vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. [2] Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch **die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels** der Zulassung beschließen. [3] Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. [4] Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. [5] **Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich.** [6] Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in **Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz** geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

(7) [1] Die Zulassung endet**, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird,** mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. [2] Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) – weggefallen

(9) [1] Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind **und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden**. [2] Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. [3] Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. [4] Absatz 5 gilt entsprechend.

(9a) [1] Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. [2] Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach **§ 103 Absatz 3a**, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) [1] Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,

2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

[2] Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.

(11) [1] Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 – BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a –, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 – BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

[2] Der Zulassungsausschuss hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. [3] Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, dass die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. [4] Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuss auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. [5] Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.

(11a) [1] Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. [2] Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. [3] Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.

(11b) [1] Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. [2] Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.

(12) [1] Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. [2] Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.

(13) [1] In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 4 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte

in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. [2] Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1a

***Zu Satz 1* – Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss („Unterversorgung“ entfallen)**

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Vernetzung, Kooperation und Koordination in anerkannten Praxisnetzen gestärkt. Kooperative Versorgungsformen können die Versorgung der Versicherten verbessern und das Versorgungspotential effektiv nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetzte nunmehr weitergehend genutzt, in dem diesen die Möglichkeit gegeben wird, in Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkasse eine ärztliche Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Bei der Streichung des zweiten Halbsatzes handelt es ich um eine Folgeänderungen zum neuen Satz 3.

***Zu Satz 2 und 3* – Anmerkung: Siehe Klarstellung durch den 14. Ausschuss**

Ebenfalls mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber die Berechtigung zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren neu geregelt und erheblich eingeschränkt. Damit sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen sollte gewährleistet werden. Nicht bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich nunmehr in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinverstoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigte Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Aufkauf entsprechender Leistungserbringer nach der bisherigen gesetzlichen Regelung auch zur Gründung fachfremder medizinischer Versorgungszentren (z. B. auch zahnärztlicher) berechtigte. Um der neuen Entwicklung entgegenzuwirken, wird die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren mit dem neuen Satz 2 für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf die Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren beschränkt. Um dem komplexen Versorgungsbedarf von Dialysepatienten gerecht zu werden und eine umfassende Behandlung dieser Patienten „unter einem Dach“ zu ermöglichen, können auch mit einer Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen, wie beispielsweise internistische oder kardiologische Leistungen, in dem medizinischen Versorgungszentrum angeboten werden.

Der neu eingefügte Satz 3 übernimmt im Wesentlichen den Regelungsinhalt des bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz. Mit den Formulierungsänderungen wird klargestellt, dass ein MVZ-Träger auch mehrere medizinische Versorgungszentren tragen kann. In der Praxis wurde in der Vergangenheit teilweise angenommen, dass je medizinischem Versorgungszentrum eine GmbH zu gründen sei. Dies entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers.

Zu Satz 4

Der zweite Halbsatz im neuen Satz 4 regelt einen umfassenden Bestandsschutz für von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründeten medizinischen Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits zugelassen waren. Diese Zulassungen gelten für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 unabhängig vom Merkmal der Fachbezogenheit des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können.

Zu Absatz 2

Zu Satz 6

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist nach geltendem Recht Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder auf andere Art Sicherheit nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit leisten. Die Möglichkeit anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB wurde insbesondere für Kommunen geschaffen, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl- I S. 1211) neu in den möglichen Gründerkreis aufgenommen wurden. In der Praxis wird teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen, die

insbesondere für öffentlich rechtliche Träger – je nach Ausgestaltung der entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften – Schwierigkeiten bereiten kann und die nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht. Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen.

Zu Satz 9

Mit der Änderung werden die Zulassungsausschüsse verpflichtet, bei Entscheidungen über die Erteilung von Zulassungen für Ärzte oder medizinische Versorgungszentren sowie über die Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen zu berücksichtigen. Die Änderung korrespondiert mit der in § 101 Absatz 1 Satz 8 neu geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Versorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen für die Zulassungsausschüsse verbindlich festzulegen.

Zu Absatz 3

Zu Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Bisher sieht § 95 Absatz 3 Satz 2 in Übereinstimmung mit der Regelung in § 19a Ärzte-ZV lediglich vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entweder einen vollen oder einen hälftigen Versorgungsauftrag haben. Um Ärztinnen und Ärzten, die eine volle Zulassung mit 25 Mindestsprechstundenzeiten nicht mehr ausüben können oder wollen (z. B. aus gesundheitlichen Gründen oder weil sie im Alter kürzer treten wollen), wird ihnen nun auch die Möglichkeit eröffnet, ihre Zulassung bzw. ihren Versorgungsauftrag nur um ein Viertel zu reduzieren (vgl. § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV).

Zu Satz 4

Bereits nach geltendem Recht sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und -ärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Da die Umsetzung dieser seit Juli 2015 geltenden Vorgabe in der Praxis recht unterschiedlich erfolgt, wird den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig vorgegeben, ein bundesweit zwischen allen Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmtes einheitliches Verfahren anzuwenden, um zu gewährleisten, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihre Versorgungsaufträge einschließlich der Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Bei der Abstimmung des einheitlichen Verfahrens sollen Prüfmechanismen, die sich bereits bewährt haben, berücksichtigt werden. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen.

Zu Satz 5

Auch die Umsetzung der nach Absatz 3 Satz 5 bestehenden Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ergebnisse ihrer Prüfung den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln, erfolgt nicht bundeseinheitlich. Um auch hier ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sind die Prüfberichte künftig auch der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Ergänzend wird vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Bericht auch Ausführungen zu machen haben, welche Maßnahmen sie gegebenenfalls auf der Grundlage der Prüfungen im Verhältnis zu den betroffenen Ärztinnen und Ärzten ergriffen haben (insbesondere nach § 81 Absatz 5). Hintergrund ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass die vertragsärztlichen Pflichten eingehalten werden.

Zu Absatz 5 Satz 2d

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

Zu Absatz 6

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird.

Zu Satz 4 – **GE – Anmerkung: Durch den 14. Ausschuss entfallen**

Da die Gründungsvoraussetzungen nicht nur bei der Gründung selbst, sondern dauerhaft gegeben sein müssen, ist einem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung unter anderem dann zu

entziehen, wenn die gesetzlichen Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Einem Praxisnetz, das in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet ein medizinisches Versorgungszentrum gegründet hat, müsste nach Wegfall der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung die Zulassung entzogen werden, obwohl es gerade zur Verbesserung der Versorgung in diesen Gebieten errichtet wurde. Um dies zu verhindern und um eine langfristige und planbare Stärkung der medizinischen Versorgung zu erreichen, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung für bereits errichtete Praxisnetze gewahrt bleibt, auch wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, nicht mehr besteht.

***Zu Satz 5* – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss**

Mit der Regelung soll verhindert werden, dass einem medizinischen Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, weil alle Ärzte mit Gründereigenschaft ausgeschieden sind und damit die Gründungsvoraussetzung für das medizinischen Versorgungszentrum entfallen ist. Vorgesehen wird daher, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte und damit nach § 95 Absatz 1a Satz 1 nicht gründungsberechtigte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums die Gesellschafteranteile übernehmen. Dies gilt, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

Zu Satz 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von Absatz 1a.

Zu Absatz 7 Satz 1

Die Änderung entspricht der bisher in § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geregelten Sonderregelung für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich. Das Bundesverfassungsgericht hat § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV für nichtig erklärt, weil sie nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 1 gedeckt ist und damit keine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Grundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt (vgl. Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 - 1 BvR 1326/15).

Mit der Ergänzung der in Absatz 7 geregelten Fälle, in denen ein Zulassung endet, wird an der Sonderregelung für die Aufnahme der vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich festgehalten und die bisherige Regelung des § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV in das SGB V aufgenommen. Danach endet die Zulassung, wenn in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Die Frist von drei Monaten wird dabei nach wie vor für sachgerecht gehalten.

***Zu Absatz 9 Satz 1* – Anmerkung: Änderung durch den 14. Ausschuss siehe zu Absatz 2 Satz 10**

Mit der Änderung gelten die Grundsätze des Absatzes 2 Satz 9 auch bei Genehmigungen für die Anstellung bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt.

Zu Absatz 9b

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers, die der bereits in einem früheren Gesetzgebungsverfahren erfolgten Einführung des Verfahrens nach § 103 Absatz 3a geschuldet ist.

Der 14. Ausschuss begründet das Einfügen von Absatz 1b und die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 1

Mit der Änderung, die einem Antrag des Bundesrates Rechnung trägt, wird die Möglichkeit für von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannte Praxisnetze erweitert, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dies soll nicht nur – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – bei eingetretener oder in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung, sondern unabhängig von dieser Voraussetzung möglich sein. Es handelt sich dabei um ein zusätzliches Mittel, um die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere auch in ländlichen Gebieten, zu verbessern. Im Übrigen wird der bisherige Gesetzesbefehl übernommen.

Zu Satz 2 und 3

Mit dieser Änderung wird nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern nunmehr auch ausdrücklich im Gesetz klargestellt, dass der notwendige Fachbezug auch dann zu bejahen ist, wenn in medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet werden, auch ärztliche Leistungen zur Versorgung von nephrologischen Patienten erbracht werden sollen, die über rein nephrologische Leistungen hinausgehen. Um eine Behandlung des komplexen Versorgungsbedarfs zu ermöglichen, sollen daher auch mit einer Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen zur Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen abgedeckt werden können. Zulässig sind beispielsweise hausärztliche, internistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen. Dies trägt zu einer umfassenden fachübergreifenden Versorgung bei, innerhalb derer sämtliche fachbezogenen Versorgungsbereiche abgedeckt werden können. Die Regelung bezieht sich dabei lediglich auf die Gründungsbefugnis und enthält keine Einschränkung auf die Behandlung bestimmter Patientengruppen.

Zu Absatz 1b

Ziel der Regelung ist der Erhalt der Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft weniger Krankenhäuser. Hintergrund sind bereits bestehende Konzentrationsprozesse im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich, denen rechtzeitig entgegengewirkt werden soll. Für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt es deshalb, die Vielfalt der vertragszahnärztlichen Leistungserbringer zukunftssicher zu erhalten. Diese Vielfalt trägt maßgeblich dazu bei, eine zukunftssichere, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Mit der Änderung wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen, Konzentrationsprozessen, die für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlich sind, wirksam zu begegnen.

Die Geschäftsaktivität von Private-Equity-Gesellschaften auf dem deutschen Gesundheitsmarkt hat vor allem in den vergangenen eineinhalb Jahren stark zugenommen. Dies hat eine intensive öffentliche Diskussion zu den Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und auf die mit der zunehmenden Marktmacht verbundene Einschränkung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie auf die Versorgungssicherheit, auf die Unabhängigkeit und die Weisungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte ausgelöst. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung bereits im Rahmen der Antwort auf die Kleine Anfrage BT-Drs. 19/4926 erklärt, die Entwicklungen der Übernahme von MVZ durch Finanzinvestoren zu beobachten und zu prüfen, inwieweit es weiterer Maßnahmen bedarf (vgl. BT-Drs. 19/5386).

Insbesondere nach der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeführten Möglichkeit zur Bildung fachgruppengleicher medizinischer Versorgungszentren war einen deutlicher Aufwärtstrend bei der Gründung zahnmedizinischer Versorgungszentren und der Verbindung zu sogenannten Zahnmedizin-Ketten zu beobachten. Es besteht die wissenschaftlich begründete Erwartung, dass sich die Zahl der MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften bei dem gegenwärtigen Wachstumstempo der Zahnarztketten in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften bei ungehinderter Fortentwicklung in naher Zukunft weiter massiv erhöhen wird. So sind von den derzeit mindestens sieben zahnmedizinischen Unternehmensketten drei Unternehmensgruppen allein im Jahr 2018 dem Markt beigetreten (zu alledem vgl. Scheuplein, Ch., Evans, M., Merkel, S. (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitswesen: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Discussion Paper 19/01, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule; ausgehend von zehn Unternehmensgruppen KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren, Stand 18. Dezember 2018). Auch nach den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgenommenen Auswertungen ist die Anzahl der vertragszahnärztlichen MVZ in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften allein im Zeitraum vom 30. September 2017 bis 30. September 2018 um knapp 79 Prozent gestiegen. Damit ist der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung von bestehenden Übernahmeprozessen besonders stark betroffen. Diese Erkenntnis entspricht aktuellen Mitteilungen aus der Praxis der Wirtschaftsberatung sowie den Zielformulierungen der Kapitalgeber, die im deutschen Dentalmarkt ein vielversprechendes Investitionsumfeld erkennen. Nach bisherigen Einschätzungen ist dies vor allem auf den niedrigen Regulierungsgrad im vertragszahnärztlichen Bereich, hohe Selbstzahlerleistungen, besonders gewinnbringende Leistungsbereiche (z. B. Implantologie) und die Möglichkeit zum Aufbau eigener Dentallabore zurückzuführen. Eine vergleichbare Sachlage besteht im vertragsärztlichen Bereich nicht, unter anderem, weil die Ausweitung von Marktanteilen hier bereits durch die gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen (§§ 101, 103) begrenzt wird.

Mit dem Ziel der Erreichung nennenswerter Marktanteile verfolgen sämtliche Private-Equity-Zahnarztketten ihre auf kurzfristige Gewinne angelegten Geschäftsmodelle (buy and build, exit) bislang hauptsächlich über den Erwerb von Krankenhäusern als Träger für den Kauf von MVZ, die nur im Ausnahmefall einen fachlichen Bezug zur Zahnmedizin haben. Dabei werden Zahnarzt-MVZ überwiegend in Großstädten und Ballungsräumen gegründet.

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist die Gründung eines MVZ lediglich für einen begrenzten Kreis von Leistungserbringern möglich, zu dem auch die zugelassenen Krankenhäuser zählen. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat der Gesetzgeber die unternehmerische Betätigung von Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung begrenzt, indem er die Berechtigung zur Gründung von MVZ für solche Leistungserbringer ausgeschlossen hat, die von Investoren allein mit dem Ziel aufgekauft worden waren, die Gründungsvoraussetzungen für MVZ zu erfüllen (vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, BT Dr. 17/6906, Seite 70). Die aktuelle Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zeigt, dass dieses gesetzgeberische Anliegen bislang nur unvollkommen umgesetzt ist, weil für Private-Equity-Gesellschaften nach wie vor die Möglichkeit besteht, durch den Erwerb zugelassener Krankenhäuser eine MVZ-Gründungsberechtigung zu erhalten.

Aufgrund der rein renditeorientierten Motivation von Private-Equity-Gesellschaften besteht die begründete Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von versorgungsfernen Zielvorgaben stärker beeinflusst werden. Insoweit zeigt auch die Analyse des Abrechnungsverhaltens in sog. Investor-

MVZ deutliche Hinweise auf eine renditeorientierte Leistungserbringung, die bei der rückläufigen Entwicklung der Morbidität im zahnmedizinischen Bereich nicht erklärbar und auch mit dem Abrechnungsverhalten sonstiger Leistungserbringer nicht in Einklang zu bringen ist. So lagen etwa im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung die abgerechneten Punktmengen je Fall im Abrechnungszeitraum 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2018 nach den Abrechnungsanalysen der Kassen-zahnärztlichen Bundesvereinigung bei den Investor-MVZ (121,77) weit über den Punktmengen der Einzelpraxen (86,20). Selbst gegenüber den Berufsausübungsgemeinschaften (90,93) und den nicht-investorgesteuerten MVZ (107,77) waren die Punktmengen der Investor-MVZ deutlich erhöht. Auch im Bereich der Zahnersatzleistungen lag das zahnärztliche Honorar je Fall in dem genannten Abrechnungszeitraum in den Investor-MVZ (435,99) deutlich höher als das Honorar von Einzelpraxen (290,67) und abermals deutlich über dem Honorar der Berufsausübungsgemeinschaften (299,06) und der nicht-investorgesteuerten MVZ (385,74).

Die hieraus abzuleitenden Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung in Investor-MVZ werden bestätigt durch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, wo die investorgesteuerten Zahnarztketten zum Teil bereits große Anteile an der zahnärztlichen Versorgung halten. In diesem Zusammenhang hat der Council of European Dentists jüngst vor einer Kommerzialisierung zahnärztlicher Leistungen gewarnt und dabei insbesondere die von Finanzinvestoren betriebenen Zahnarztketten kritisiert. Nach seiner Auffassung sind mit dem Geschäftsmodell der Investoren erhebliche Gefahren für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten sowie für die Beschäftigten verbunden. Zu beobachten seien unethische Praktiken und unzulässiger Druck auf Zahnärzte, bestimmte klinische Ziele zu erreichen, z. B. Quoten für eingesetzte Implantate (Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018).

Vor diesem Hintergrund wird die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern in Abhängigkeit von den regionalen Versorgungsbedürfnissen auf differenzierte Versorgungsanteile beschränkt, um die in § 95 Absatz 1a vorgesehene Vielfalt der gründungsberechtigten Leistungserbringer zu erhalten und die bestehenden Übernahmeprozesse durch Beteiligungsgesellschaften ohne originäres Versorgungsinteresse zu begrenzen.

Regelungsalternativen zur gleichwertigen Erreichung der genannten Regelungsziele (Verhinderung wettbewerbsfeindlicher Anbieterdominanz, ausgewogene und flächendeckende Versorgung, Verhinderung großflächiger Fehlversorgung) sind nicht ersichtlich. Insbesondere gegenüber einem vollständigen Ausschluss der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser erweist sich die Einschränkung der Gründungsbefugnis bei gleichzeitiger Berücksichtigung bestehender Versorgungsbedürfnisse als milderes Mittel. Eine Koppelung der Zulassung an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums zur Vermeidung der Einengung des Versorgungsangebots auf besonders lukrative Leistungen wäre nicht sachgerecht, da nach geltender Rechtslage bereits aus der Zulassung eines Vertragszahnarztes folgt, dass er die für die vertragszahnärztliche Versorgung wesentlichen Leistungen auch tatsächlich anbieten und erbringen muss. Schließlich erweist sich die hier vorgesehene Regelung insbesondere auch als milderes Mittel gegenüber einer Wiedereinführung umfassender Zulassungsbeschränkungen.

Die Neuregelung in § 95 Absatz 1b Satz 1 sieht vor, dass die Gründung eines zahnärztlichen MVZ für zugelassene Krankenhäuser nur möglich ist, sofern das Krankenhaus durch von ihm gegründete zahnärztliche MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen MVZ beabsichtigt ist, nicht einen Versorgungsanteil von über 10 Prozent der vertragszahnärztlichen Versorgung (Vertragszahnärzte und angestellten Zahnärzte in Vollzeitäquivalenten) hält. Diese Festlegung entspricht vorliegenden Schätzungen, nach denen der Marktanteil von Investoren-MVZ an der zahnärztlichen Versorgung durch MVZ bei etwa zehn bis zwölf Prozent (vgl. Scheuplein, Evans, Merkel, aaO; hierzu auch KZBV, aaO) liegt. Um den Versorgungsbedürfnissen vor allem in Planungsbereiche mit niedrigen Einwohnerzahlen gerecht werden zu können, gilt in Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, für Krankenhäuser eine Mindestgründungsberechtigung für zahnärztliche MVZ mit insgesamt fünf Vertragszahnarztsitzen beziehungsweise Anstellungen (in Vollzeitäquivalenten). Hierdurch wird gewährleistet, dass gerade auch in diesen nicht optimal versorgten Planungsbereichen wirtschaftlich tragfähige MVZ-Strukturen möglich sind.

Die Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis allein für Krankenhäuser trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Private-Equity-Gesellschaften den Zutritt zur vertragszahnärztlichen MVZ-Versorgung ausschließlich über den Erwerb von zugelassenen Krankenhäusern verschaffen. Insoweit ist von einer typisierenden Betrachtungsweise auszugehen, da jedes Krankenhaus ein potentielles Erwerbsobjekt darstellt. Das Regelungsziel könnte mit einer Beschränkung auf Krankenhäuser, an denen Private Equity Gesellschaften beteiligt sind, wegen der damit verbundenen Umgehungsmöglichkeiten nicht erreicht werden. So könnten die zu erwerbenden Krankenhäuser im Rahmen vertraglicher Vorfeldvereinbarungen zur Übernahme durch eine Private Equity Gesellschaft unmittelbar vor dem Vollzug der Übernahme ein zahnärztliches MVZ gründen, weil sie bis dahin von

der Einschränkung der Gründungsbefugnis nicht betroffen wären. Darüber hinaus wäre die Identifizierung der jeweiligen Anteilsinhaberstrukturen für die Zulassungsausschüsse allenfalls durch aufwändige Nachforschungen in den Handelsregistern möglich. Aufgrund der Komplexität der gesellschaftsrechtlichen Beteiligungsverhältnisse wäre dies im Rahmen eines zumutbaren Verwaltungsaufwands nicht zuverlässig durchführbar. Demgegenüber erweist sich die Begrenzung der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser als zumutbare Einschränkung, weil die Gründung von MVZ weiterhin in allen Planungsbereichen möglich bleibt, in denen der Höchstversorgungsanteil des jeweiligen Krankenhauses nicht überschritten ist.

Abweichend davon gilt in Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, dass in diesen Planungsbereichen ein Krankenhaus zur Gründung zahnärztlicher MVZ berechtigt ist, sofern der Versorgungsanteil der von ihm gegründeten zahnärztlichen MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, einen Versorgungsanteil von 20 Prozent der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht überschreitet. Die Erhöhung des zulässigen Höchstversorgungsanteils auf 20 Prozent dient der Verbesserung der Versorgung für den Fall, dass sich in einem Planungsbereich etwa aufgrund einer deutlichen Verminderung der Zahl der zugelassenen und angestellten Zahnärzte ein gesteigerter Versorgungsbedarf ergibt. In diesem Fall ist eine Erhöhung der Versorgungsanteile des Krankenhauses zur Sicherstellung der Versorgung ausnahmsweise gerechtfertigt.

In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als zehn Prozent überschritten ist, sind Krankenhäuser zur Gründung zahnärztlicher MVZ nur berechtigt, sofern der Versorgungsanteil durch von diesem Krankenhaus gegründete zahnärztliche MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, 5 Prozent nicht überschreitet. Die Absenkung des Höchstversorgungsanteils auf 5 Prozent entspricht dem in überversorgten Planungsbereichen reduzierten Versorgungsbedürfnis. Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 3 ist Überversorgung anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten ist. Insbesondere in diesen überversorgten Planungsbereichen entfaltet die Regelung eine Steuerungsfunktion für eine ausgewogene und flächendeckende Versorgung. Erwartet wird, dass hinzukommende Investoren ihre unternehmerische Betätigung infolge der Begrenzung ihrer Marktanteile auf 5 Prozent auf weniger gut versorgte Planungsbereiche verlagern werden.

Satz 4 bestimmt, wie der Versorgungsanteil durch von dem Krankenhaus bereits gegründete zahnärztliche MVZ in dem Planungsbereich zu ermitteln ist. Maßgeblich sind der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad sowie der Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Ausgehend von den Verhältniszahlen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Zahnärzte) zuletzt geändert am 16. Juni 2016 veröffentlicht in Bundesanzeiger AT 06.9.2016 B2) ist der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad mit den tatsächlichen Arztzahlen zu vergleichen, um feststellen zu können, ob der Versorgungsgrad über 110 Prozent oder unter 50 Prozent liegt. Hieran schließt sich die Festlegung des zulässigen Höchstversorgungsanteils an, wobei auf die in den Bedarfsplänen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgewiesenen Arztzahlen (Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte) bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent abzustellen ist (Soll-Zahlen). Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen bereits heute gemäß § 4 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte Übersichten über den Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres jeweils bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Zur Herstellung der erforderlichen Transparenz wird nun gesetzlich in den Sätzen 5 und 6 geregelt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen haben und diese in geeigneter Weise in ihren amtlichen Mitteilungsblättern zu veröffentlichen haben. Für den Zeitraum ab dem Inkrafttreten der Regelung bis zur Veröffentlichung der Daten zum Stand 31. Dezember 2018 am 30. Juni 2019 gelten die Daten über den Stand zum 31. Dezember 2017, die zum 30. Juni 2018 erstellt wurden.

Mit der Regelung in Satz 7 wird klargestellt, dass die Begrenzung der Versorgungsanteile der durch das Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen MVZ auch für die Erweiterung bereits bestehender zahnärztlicher MVZ eines Krankenhauses gilt. Sofern keine Erweiterung erfolgt, haben die Regelungen keine Auswirkung auf bereits bestehende zahnärztliche MVZ. Die Nachbesetzung von Vertragszahnarztsitzen oder Anstellungen im Rahmen bereits bestehender Versorgungsanteile bleibt weiterhin möglich. Eine Berechtigung zur Gründung eines zahnärztlichen MVZ fällt nicht rückwirkend weg.

Zu Absatz 2 Satz 10 und Absatz 9 Satz 1

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der im neuen § 101 Absatz 1 Satz 14 geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu bestimmen, ob die von ihm festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind, oder ob auf ihre Erfüllung ausschließlich im Wege des Nachbesetzungsverfahrens hinzuwirken ist. Die Verpflichtung der Zulassungsausschüsse zur Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen auch bei Überversorgung ist

erforderlich, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, dass die von ihm festzulegenden Mindestversorgungsanteile in der Überversorgung durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind, und soweit die so festgelegten Versorgungsanteile noch nicht erfüllt sind.
Zu Absatz 6
Zu Satz 3
Mit dieser Änderung wird ein Verweisfehler korrigiert. Absatz 1 Satz 4 und 5 regelte in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung die Voraussetzungen, unter denen ein medizinisches Versorgungszentrum fachübergreifend tätig war. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden diese beiden Sätze aufgehoben. Obwohl der sich hierauf beziehende Verweis in Absatz 6 Satz 3 dadurch obsolet geworden ist, wurde er bisher nicht gestrichen. Dies wird mit der vorliegenden Änderung nunmehr nachgeholt.
***Zu Satz 5 und 4 –* GE**
Mit der Änderung wird zum einen klargestellt, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellte Ärztinnen und Ärzte auch Gesellschafteranteile von Ärztinnen und Ärzten in dem MVZ übernehmen können, die nicht auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung verzichtet, sondern ihren Vertragsarztstatus beibehalten haben. Zudem soll mit der Anfügung eines zusätzlichen Halbsatzes klargestellt werden, dass die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch die in einem MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte jederzeit und damit nicht erst dann erfolgen kann, wenn die letzte gründungsberechtigte Ärztin bzw. der letzte gründungsberechtigte Arzt aus dem MVZ ausscheidet und damit der Wegfall der Gründungsvoraussetzungen droht. So kann beispielweise bei einem von drei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gegründeten MVZ bereits beim Ausscheiden der ersten (Mit-)Gründerin bzw. des ersten (Mit-)Gründers deren bzw. dessen Gesellschaftsanteile von einer in dem MVZ angestellten Ärztin bzw. einem in dem MVZ angestellten Arzt übernommen werden.
Der bisherige Doppelbuchstabe bb (Anmerkung: Satz 4 GE) entfällt. Mit Wegfall der Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis von Praxisnetzen auf unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Gebiete entfällt auch der Bedarf für die bisherige in Absatz 6 getroffene Folgeregelung.

§ 95a

Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) [1] Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat. [2] Bis zum 31. Dezember 2008 ist eine dem Satz 1 entsprechende mindestens dreijährige Weiterbildung ausnahmsweise ausreichend, wenn nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften eine begonnene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, für die eine Dauer von mindestens drei Jahren vorgeschrieben war, wegen der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das dem Arzt die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, die Weiterbildung unterbrochen worden ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften als mindestens dreijährige Weiterbildung fortgesetzt werden darf. [3] Satz 2 gilt entsprechend, wenn aus den dort genannten Gründen der Kindererziehung die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vor dem 1. Januar 2006 nicht möglich war und ein entsprechender Antrag auf Eintragung in das Arztregister auf der Grundlage einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Weiterbildung bis zum 31. Dezember 2008 gestellt wird.

(3) [1] Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muss unbeschadet ihrer mindestens fünfjährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

(ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. [2] Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, die sich mit Allgemeinmedizin befassen, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung des Artikels 30 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erworben hat.

(5) [1] Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber eines Aubildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechende besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin sind und dieser Ausbildungsnachweis in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, ausgestellt worden ist. [2] Einzutragen sind auch Inhaber von Bescheinigungen über besondere erworbene Rechte von praktischen Ärzten nach Artikel 30 der in Satz 1 genannten Richtlinie, Inhaber eines Ausbildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 25 dieser Richtlinie entsprechende fachärztliche Weiterbildung oder Inhaber einer Bescheinigung über besondere erworbene Rechte von Fachärzten nach Artikel 27 dieser Richtlinie.

§ 95b

Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grund zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72a Abs. 1, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

(3) [1] Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. [2] Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt. [3] Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. [4] Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.

§ 95c

Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister

[1] Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 oder 12 des Psychotherapeutengesetzes und

2. den Fachkundenachweis.

[2] Der Fachkundenachweis setzt voraus

1. für den nach § 2 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Abs. 2 und Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zu Grunde liegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.

§ 95d

Pflicht zur fachlichen Fortbildung

(1) [1] Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. [2] Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. [3] Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

(2) [1] Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. [2] Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. [3] In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.

(3) [1] Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. [2] Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. [3] Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. [4] Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. [5] Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. [6] Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. [7] Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.

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

(5) [1] Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5

oder nach § 119b. [2] Den Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 für die von ihm angestellten Ärzte führt das medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt; für die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 5 oder nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt. [3] Übt ein angestellter Arzt die Beschäftigung länger als drei Monate nicht aus, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag den Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern. [4] Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das Honorar des medizinischen Versorgungszentrums, des Vertragsarztes oder der Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b gekürzt wird. [5] Die Honorarkürzung endet auch dann, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nachgewiesen wird, nach Ablauf des Quartals, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. [6] Besteht das Beschäftigungsverhältnis fort und wird nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums für einen angestellten Arzt der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2 erbracht, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.

(6) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. [2] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung. [3] Es ist insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Vertragsärzte bereits vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums Anspruch auf eine schriftliche oder elektronische Anerkennung abgeleisteter Fortbildung haben. [4] Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.

§ 96

Zulassungsausschüsse

(1) Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss für Ärzte und einen Zulassungsausschuss für Zahnärzte.

(2) [1] Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. [2] Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt. [3] Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. [4] Sie sind an Weisungen nicht gebunden. [5] Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. [6] Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(2a) [1] Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:

1. **ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,**
2. **Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,**
3. **Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4,**
4. **Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,**
5. **Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,**
6. **Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und**
7. **Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.**

[2] **Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.**

(3) [1] Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. [2] Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits getragen.

(4) [1] Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen den Berufungsausschuss anrufen. [2] Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.

Begründung zum TSVG zum Einfügen von Absatz 2a (Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 1 Nummer 3):

Mit dem neu eingefügten Ansatz 2a erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Das Mitberatungsrecht ist dem Mitberatungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nachempfunden und bezieht sich aus verfahrensökonomischen Erwägungen auf die in der gesetzlichen Regelung ausdrücklich aufgeführten Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz. Bei dem Mitberatungsrecht handelt es sich um eine Teilnahme-, Informations- und Mitberatungsbefugnis. Eine Verpflichtung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Mitberatung besteht nicht. Um die Ausübung des Mitberatungsrechts zu erleichtern, wird gesetzlich klargestellt, dass auch die frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände vom Mitberatungsrecht umfasst ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 wie folgt:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung der im Gesetzentwurf in vorgesehenen Regelung in § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5.

§ 97

Berufungsausschüsse

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuss für Ärzte und einen Berufungsausschuss für Zahnärzte. [2] Sie können nach Bedarf mehrere Berufungsausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einen gemeinsamen Berufungsausschuss für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen errichten.

(2) [1] Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte einerseits und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen andererseits in gleicher Zahl als Beisitzern. [2] Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen. [3] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen. [4] § 96 Abs. 2 Satz 2 bis 5 und 7 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) [1] Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. [2] Das Verfahren vor dem Berufungsausschuss gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(4) Der Berufungsausschuss kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung im öffentlichen Interesse anordnen.

(5) [1] Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. [2] Sie berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen diese nicht bestellen.

§ 98

Zulassungsverordnungen

(1) [1] Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99) und die Beschränkung von Zulassungen. [2] Sie werden vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand,
2. die Geschäftsführung der Ausschüsse,
3. das Verfahren der Ausschüsse entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
4. die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner sowie über die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
5. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister sowie über die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner,
7. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
8. die Aufstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langfristige Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beratung in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen,
9. die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen,
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung,
11. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,
12. die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen,
13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Vertragsärzte, angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter in der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten ausüben können,

13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,

14. die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen die zuständige deutsche Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt hat, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 50

des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft oder des Artikels 37 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im Inland tätig werden,

15. die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.

(3) Absatz 2 Nummer 12 gilt nicht für die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.

Achter Titel

Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung

§ 99

Bedarfsplan

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. [2] Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. [3] Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. [4] Den zuständigen Landesbehörden und den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. [6] Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. [7] Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(2) [1] Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht zu Stande, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anrufen. [2] Dies gilt auch für den Fall, dass kein Einvernehmen darüber besteht, wie einer Beanstandung des Bedarfsplans abzuhelfen ist.

(3) Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach Absatz 1 und entscheiden im Falle des Absatzes 2.

§ 100

Unterversorgung

(1) [1] Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen. [2] Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

(3) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

(4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.

§ 101

Überversorgung

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,

2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,

2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,

3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,

3a. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können,

4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,
5. Regelungen für die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen,
6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.

[2] Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach den Nummern 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind. [3] Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. [4] Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. [5] Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. [6] Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. [7] Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum **1. Juli 2019** die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung

der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4. [8] **Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.** [9] Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. [10] Erbringen die in **Satz 9** genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. [11] Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b. [12] **Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen einer befristeten Übergangsregelung zur Umsetzung des Auftrags nach Satz 7 bestimmen, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen und Planungsbereiche zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung in verschiedenen Planungsbereichen auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auch bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent anordnen können.** [13] **Festlegungen nach Satz 8 sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nur zu berücksichtigen, sofern die entsprechenden Sitze besetzt sind.** [14] **Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind.**

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt oder
3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung; dabei sind insbesondere die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen.

(3) [1] Im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 erhält der Arzt eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. [2] Die Beschränkung und die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. [3] Endet die Beschränkung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet. [4] Im Falle der Praxisfortführung nach § 103 Abs. 4 ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung des in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Arztes erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. [5] Für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(3a) [1] Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. [2] Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.

(4) [1] Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. [2] Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 1. Januar 1999 zu ermitteln. [3] Zu zählen sind die zugelassenen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach § 95 Abs. 10 zugelassen werden. [4] Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen. [5] In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder

ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist. [6] Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann; zudem können innerhalb des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile vorgesehen werden. [7] Bei der Feststellung der Überversorgung nach § 103 Abs. 1 sind die ermächtigten Psychotherapeuten nach § 95 Abs. 11 mitzurechnen.

(5) [1] Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden ab dem 1. Januar 2001 mit Ausnahme der **Kinder- und Jugendärzte** eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2; Absatz 4 bleibt unberührt. [2] Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. [3] Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. [5] Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2000 zu treffen. [6] Ein Wechsel für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.

(6) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2a, 2b, 3, 4, 5 und 6 und die Absätze 3 und 3a gelten nicht für Zahnärzte.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 7
Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung, insbesondere für die Arztgruppen der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, zu treffen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, das im Jahr 2018 fertiggestellt werden soll. Mit der Änderung wird die Frist für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie an die aktuelle Entwicklung angepasst.
Zu Satz 8
Mit der Änderung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Kompetenz eingeräumt, verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen vorzugeben und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren. Hierfür wird ihm die Möglichkeit gegeben, innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, nach Facharztkompetenzen oder nach Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte einzelner Fachgebiete oder für Ärzte mit besonderen Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen (z. B. Mindestanzahl an Rheumatologen innerhalb eines Planungsbereichs in der Arztgruppe der Fachinternisten). Bei der Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen handelt es sich um Anteile der jeweils für die Arztgruppe festzulegenden Verhältniszahlen.
Die Änderung dient dem Ziel, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über die notwendigen Kompetenzen verfügt, um nach Vorlage des von ihm in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Gutachtens seinen gesetzlichen Auftrag innerhalb der neu vorgegebenen Frist zügig abschließen zu können. Eine Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Mindestversorgungsanteile vorzugeben, besteht bereits für die Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Die bisherigen Beratungen zur Umsetzung des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie haben gezeigt, dass die verbindliche Vorgabe von Versorgungsanteilen auch bei anderen Arztgruppen notwendig ist, damit Versorgungsbedürfnisse insbesondere auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung bei der Bedarfsplanung künftig besser berücksichtigt werden können. Dies betrifft sowohl die Frage der fachlichen Spezialisierung innerhalb großer Arztgruppen als auch die Frage einer bedarfsgerechten Steuerung zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung. Mit der Änderung wird daher die für die Arztgruppe der Psychotherapeuten geltende Quotenregelung auch auf andere Arztgruppen übertragen und weiterentwickelt. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierenden Anforderungen können sich dabei sowohl auf Mindestzahlen als auch auf prozentuale Anteile bestimmter ärztlicher Qualifikationen in einer Arztgruppe beziehen.

Zu Satz 10
Es handelt sich um eine redaktionelle Verweiskorrektur.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 1 Satz 12 bis 14 wie folgt:

Die Änderung ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine Regelung zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen bereits dann, wenn der Versorgungsgrad eines Planungsbereiches zwischen 100 und 110 Prozent liegt. Sie erfolgt in Anlehnung an die inzwischen ausgelaufene Übergangsregelung des § 67 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zum Zweck einer verbesserten Versorgungssteuerung die Möglichkeit vorsah, Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent zugunsten anderer, weniger gut versorgter Planungsbereiche anzuordnen. Hierdurch war etwa eine Steuerung von Versorgungskapazitäten in Richtung schlechter versorgter Mittelbereiche außerhalb der Ballungsräume und Mittelzentren möglich, ohne dass in diesen Bereichen eine Unterversorgung vorliegen musste. Auch im Rahmen der Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach Satz 7 kann mit dieser Regelung insbesondere verhindert werden, dass die Anpassung der Verhältniszahlen bei einem Aufwuchs von Arztsitzen zu einer ungleichmäßigen Verteilung von Versorgungskapazitäten führt.
Es wird zudem klargestellt, dass eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Mindestquote für die Quotenbewerber nicht freizuhalten und deshalb bei der Errechnung des Versorgungsgrads nur insoweit einzurechnen ist, als die darauf entfallenden Arztsitze tatsächlich besetzt sind. Das Freihalten festgelegter Quoten für etwaige Quotenbewerber würde dazu führen, dass es zu einer rechnerischen Überversorgung und den dadurch ausgelösten Zulassungssperren auch dann kommen kann, wenn der Planungsbereich wegen Nichterfüllung einer freigehaltenen Quote tatsächlich unterversorgt ist. Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund bereits mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) für die Psychotherapeutenquoten nach § 101 Absatz 4 Satz 5 vorgegeben, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrads eine Berücksichtigung der vollen Quote unabhängig vom Grad ihrer Erfüllung nicht in Betracht kommt, und dass es stattdessen allein auf die Zahl der tatsächlich besetzten Arztsitze ankommt. An dieser Wertung wird auch hinsichtlich der im neuen § 101 Absatz 1 Satz 8 enthaltenen Möglichkeit zur Festlegung differenzierter Versorgungsanteile innerhalb einzelner Arztgruppen festgehalten.
Außerdem wird geregelt, wie im Fall einer bestehenden Überversorgung aufgrund der dadurch ausgelösten Zulassungssperren darauf hingewirkt werden kann, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestvorgaben erfüllt werden. Dies kann dadurch erfolgen, dass etwaigen Quotenbewerbern ohne Rücksicht auf den Grad der Überversorgung auch weiterhin der Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Diese Vorgehensweise entspricht der Regelung des § 25 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, wonach der Zulassungsausschuss auch im Fall bestehender Zulassungsbeschränkungen neue Zulassungen erteilen darf, soweit die nach § 101 Absatz 4 festgelegten Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind. Alternativ kann im Fall der Überversorgung auf die Erreichung festgelegter Mindestversorgungsanteile im Nachbesetzungsverfahren hingewirkt werden. Letzteres entspricht der Regelung in § 103 Absatz 3a Satz 3, zweiter Halbsatz, wonach der Zulassungsausschuss die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens auch bei fehlender Versorgungsnotwendigkeit des nachzubesetzenden Arztes nicht ablehnen darf, wenn mit der Nachbesetzung eine Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden kann. Die Änderung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen oder ausschließlich im Wege des Nachbesetzungsverfahrens aufzufüllen sind. Die Zulassungsausschüsse sind an die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden.
Zu Absatz 5 Satz 1
Anmerkung: „Kinderärzte“ durch „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

§ 102 – weggefallen

§ 103

Zulassungsbeschränkungen

(1) [1] Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei

der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen. [2] Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. [3] Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist.

(2) [1] Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich zu begrenzen. [2] Sie können einen oder mehrere Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. [3] Sie sind arztgruppenbezogen unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten anzuordnen. [4] **Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.** [5] **Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete stellt der Landesausschuss im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind.** [6] **Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zu Grunde zu legen.** [7] **Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.**

(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind.

(3a) [1] Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. [2] **Satz 1 gilt auch bei Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung**; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. [3] Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4, 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht **oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden**. [4] Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass dieser Nachfolger die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem 23. Juli 2015 erstmals aufgenommen hat. [5] Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. [6] Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem 5. März 2015 begründet wurde. [7] Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach Absatz 1 Satz 3 getroffen, soll der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. [8] Im Fall des Satz 7 gelten Satz 3 zweiter Halbsatz sowie die Sätze 4 bis 6 entsprechend; Absatz 4 Satz 9 gilt mit der Maßgabe, dass die Nachbesetzung abgelehnt werden soll. [9] Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. [10] § 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. [11] Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. [12] Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nach-

besetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. [13] Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. [14] Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.

(4) [1] Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. [2] Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung **oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5**. [3] Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. [4] Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. [5] Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die berufliche Eignung,
2. das Approbationsalter,
3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen,
8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung**,**
9. **bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot.**

[6] Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. [7] Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. [8] Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt. [9] Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bezeichneten Personenkreis angehört, kann er die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 10, 11, 13 und 14 gilt in diesem Fall entsprechend. [10] **Hat sich ein Bewerber nach Satz 5 Nummer 7 bereit erklärt, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich der Bewerber zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet.**

(4a) [1] Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. [2] **Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen,**

ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. [3] **Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.** [4] Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 oder erst seit dem 1. Januar 2007 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. [5] Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. [6] § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.

(4b) [1] Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. [2] **Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen.** [3] **Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.** [4] Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. [5] Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. [6] § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.

(4c) [1] Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. [2] Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend. [3] Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. [4] Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag.

(5) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen (Registerstelle) führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste. [2] In die Warteliste werden auf Antrag die Ärzte, die sich um einen Vertragsarztsitz bewerben und in das Arztregister eingetragen sind, aufgenommen. [3] Bei der Auswahl der Bewerber für die Übernahme einer Vertragsarztpraxis nach Absatz 4 ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen.

(6) [1] Endet die Zulassung eines Vertragsarztes, der die Praxis bisher mit einem oder mehreren Vertragsärzten gemeinschaftlich ausgeübt hat, so gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend. [2] Die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte sind bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen.

(7) [1] In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. [2] Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zu Stande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt

einen Belegarztvertrag schließen. [3] Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 1 Satz 2* – GE – Anmerkung: Durch den 14. Ausschuss entfallen**
Mit der Änderung in § 101 Absatz 1 Satz 7 wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Überprüfung der Bedarfsplanung zügig abzuschließen und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nunmehr mit Wirkung zum 1. Juli 2019 vorzunehmen.
Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten bereits in der Übergangszeit in einzelnen Versorgungsbereichen, bei denen ganz offensichtlich in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, spürbar zu verbessern, finden die von den Landesausschüssen angeordneten Zulassungsbeschränkungen befristet bis zum Abschluss der Beratungen und Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Neuzulassung von Fachärztinnen und Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die den weit überwiegenden Teil (mindestens 80 Prozent) ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen erbringen, sowie Fachärztinnen und Fachärzten der Arztgruppe der Kinderärzte keine Anwendung. Dies bedeutet, dass sich Ärztinnen und Ärzte der betreffenden Fachrichtungen für einen Übergangszeitraum ohne Zulassungsbeschränkungen bundesweit um eine vertragsärztliche Zulassung bewerben können. Bei der Regelung handelt es sich um eine enge Ausnahmeregelung. Sie ist begrenzt auf Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Fachqualifikationen und die Erbringung eines bestimmten Leistungsangebotes, um gerade in diesen Versorgungsbereichen, in denen nach ersten Hinweisen aus der Evaluation der Arbeit der Terminservicestellen und aus Auswertungen der Daten aus dem Bundesarztregister in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, bereits im Vorgriff auf die Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen. Für die Durchführung des Zulassungsverfahrens und die Erteilung der Zulassung gelten die allgemeinen Regelungen des Zulassungsrechts. Die Zulassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie setzt voraus, dass der überwiegende Teil der Leistungen (mindestens 80 Prozent) im Bereich der psychiatrischen Versorgung erbracht wird. Mit der Einschränkung soll die psychiatrische Versorgung gegenüber der Richtlinien-Psychotherapie gestärkt werden. Voraussetzung für die Erteilung der Zulassung ist daher, dass sich die betreffende Ärztin oder der betreffende Arzt gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet, mindestens 80 Prozent der abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen. Die Erteilung der Zulassung erfolgt – vergleichbar der Praxis bei der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen – mit eingeschränktem Leistungsspektrum für die Abrechnung von Leistungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren.
Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen richtet sich insbesondere nach dem mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf, der mit dem jeweiligen Punktwert bewertet wird. Die Anzahl der tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird hingegen nicht berücksichtigt (vgl. § 87a Absatz 4 SGB V).
Um einer räumlichen Verlegung der vertragsärztlichen Tätigkeit und Sogeffekten in attraktivere Regionen entgegen zu wirken, gilt die Regelung nur für Neuzulassungen, in denen die die Zulassung beantragende Ärztin oder der die Zulassung beantragende Arzt in den fünf Jahren vor Antragstellung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat. Eine Neuzulassung im Sinne der Regelung liegt auch dann vor, wenn die Zulassung von Ärztinnen oder Ärzten beantragt wird, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung bereits im Rahmen eines Jobsharing- oder Anstellungsverhältnisses mit Mengenbegrenzung in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren.
Die Definition der Arztgruppe der Kinderärzte richtet sich nach der Definition der Arztgruppe in der Bedarfsplanungs- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Demnach zählen zu der Arztgruppe der Kinderärzte die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Die Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für innere Medizin und Rheumatologie und die Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie werden nach dem Erwerb der jeweiligen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definiert.
***Zu Absatz 2 Satz 4 bis 7* – Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss (Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen durch oberste Landesbehörde)**
Mit der Regelung wird den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches zu

bestimmen, die auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden von den angeordneten Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 Satz 2 auszunehmen sind. Die Regelung korrespondiert insoweit mit dem in § 90 Absatz 4 Satz 3 neu eingefügten Antragsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, individuellen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, noch besser gerecht werden zu können.

Der Landesausschuss hat einem entsprechenden Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden im Hinblick auf die Ausnahme von den Zulassungsbeschränkungen und die räumlichen Festlegungen stattzugeben. Mit der Ausnahme von den Zulassungsbeschränkungen legt der Landesausschuss arztgruppenbezogen die Anzahl der neu geschaffenen Zulassungen fest. Sind diese ausgeschöpft, tritt die Zulassungsbeschränkung im jeweiligen Teilgebiet unmittelbar wieder in Kraft.

Für die Bestimmung der ländlichen oder strukturschwachen Teilgebiete legt der Landesausschuss allgemeingültige Kriterien fest, die von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete der für die Landesplanung zuständigen Stellen zu Grunde zu legen. Die Bestimmung selbst erfolgt durch die jeweils zuständigen obersten Landesbehörden, da davon ausgegangen wird, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen.

Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.

Zu Absatz 3a Satz 3

Die Änderung korrespondiert mit der in § 101 Absatz 1 Satz 8 neu geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb der Arztgruppen nach Fachrichtungen oder nach Fachgebieten differenzierte Versorgungsanteile für Ärztinnen und Ärzte einzelner Fachrichtungen oder Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Schwerpunktkompetenzen für die Zulassungsausschüsse verbindlich festzulegen. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammensetzung von Arztgruppen sind sowohl für die Zulassung und Erteilung von Anstellungsgenehmigungen als auch für die Nachbesetzung von Arztsitzen bedeutsam, um eine stärker an Versorgungsbedürfnissen orientierte Steuerung der Versorgungskapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung zu erreichen. Mit der Änderung soll die gezielte Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, mit Ärztinnen und Ärzten bestimmter Fachrichtungen oder mit Ärztinnen und Ärzten mit besonderen Schwerpunktkompetenzen innerhalb der einzelnen Artgruppen ermöglicht werden, um dem Versorgungsbedarf bestimmter Patientengruppen besser gerecht zu werden. Hierfür wird ein neuer Privilegierungstatbestand eingeführt, wonach die Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei einem aus Versorgungsgründen nicht erforderlichen Arztsitz durch die Zulassungsausschüsse auch dann ausscheidet, wenn die Praxis von einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger weitergeführt werden soll und dadurch die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Zusammensetzung der Arztgruppen befolgt werden. Auch eine aus Versorgungsgründen nicht erforderliche Praxis kann damit mit einer am Versorgungsbedarf orientierten neuen fachlichen Ausrichtung innerhalb der Artgruppe fortgeführt werden.

Zu Absatz 4

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des Absatzes 2. Auch bei den auf Grundlage des Absatzes 2 Sätze 4 und 5 geschaffenen zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten von Planungsbereichen, die ansonsten für Neuniederlassungen gesperrt sind, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.

Zu Satz 5 Nummer 9

Die Berücksichtigung der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums im Rahmen der Auswahlentscheidung zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes

ist bisher in Satz 10 als Kann-Regelung ausgestaltet. Die neue Nummer 9 verpflichtet nunmehr den Zulassungsausschuss, dieses Kriterium bei der Auswahl der Bewerber zu berücksichtigen, damit dem interdisziplinären Versorgungsgedanken in kooperativen Leistungserbringerstrukturen besser Rechnung getragen werden kann. Soweit Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften ein besonderes Versorgungsspektrum anbieten, soll dies ebenso wie bei den medizinischen Versorgungszentren vom Zulassungsausschuss berücksichtigt werden.

***Zu Satz 10* – GE – aufgehoben (Anmerkung: siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Anfügen von Satz 5 Nummer 9.

Zu Absatz 4a

Zu Satz 2 und 3

Der Zulassungsausschuss hat bei der Prüfung, ob Gründe der vertragsärztlichen Versorgung einer Anstellungsgenehmigung entgegenstehen, auch das besondere Versorgungsangebot des medizinischen Versorgungszentrums zu berücksichtigen. Insbesondere bei medizinischen Versorgungszentren, die ein fachübergreifendes ärztliches Leistungsspektrum und damit eine „Versorgung unter einem Dach" im Sinne eines interdisziplinären Teams anbieten, soll diese besondere Versorgung weiterhin gewährleistet sein.

Im Zusammenhang mit dem Verzicht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum bestehen Unsicherheiten, ob sich der Vertragsarztsitz des verzichtenden Arztes in demselben Planungsbereich befinden muss, in dem auch das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz hat. Der neue Satz 3 stellt klar, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auch auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem anderen Planungsbereich gelegenen medizinischen Versorgungszentrums verzichten kann, wenn er nicht am Hauptsitz des medizinischen Versorgungszentrums, sondern bedarfsplanungsneutral ausschließlich in einer Zweigpraxis in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird. Da die Tätigkeit bedarfsplanungsneutral erfolgt, kann sie dann im Falle eines späteren Ausscheidens der Ärztin oder des Arztes auch nachbesetzt werden.

***Zu Satz 3 bis 5* – GE – Anmerkung: Durch den 14. Ausschuss entfallen**

Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle wird auf ein sachgerechtes Maß beschränkt. Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle zwar auch künftig trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen möglich. Auch für sie gilt in diesen Fällen aber, dass sie künftig einen Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle stellen müssen. Ebenso wie bei Anträgen auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes hat der Zulassungsausschuss nunmehr auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung zu prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Kommt er zu dem Ergebnis, dass eine Nachbesetzung wegen einer ausreichenden Versorgung in dem Planungsbereich nicht erforderlich ist, kann er den Antrag ablehnen. Die Regelung sieht jedoch nur vor, dass der Zulassungsausschuss dabei über das „ob" nicht hingegen auch über das „wie" der Nachbesetzung zu entscheiden hat. Dadurch wird sichergestellt, dass das medizinische Versorgungszentrum ihre angestellten Ärzte weiterhin selbst auswählen kann. Die Fristvorgabe von drei Monaten für eine ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses über einen Antrag auf Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle ist erforderlich, da hier häufig kurzfristig gehandelt werden muss, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung in medizinischen Versorgungszentren übertragen.

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung in medizinischen Versorgungszentren übertragen.

Zu Absatz 4b

Zu Satz 2 und 3

Beim neuen Satz 2 handelt es sich um eine Parallelregelung zu der in Satz 2 des Absatz 4a getroffenen Regelung zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebots im Rahmen der Anstellungsgenehmigung. Auch Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften können über ein besonderes Versorgungsangebot verfügen. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist somit nicht gerechtfertigt. Es gelten daher die gleichen Regelungen.

Beim neuen Satz 3 handelt es sich um die Parallelregelung zu der im neuen Absatz 4a Satz 3 getroffenen Regelung zum Verzicht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum in einem anderen Planungsbereich. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist nicht gerechtfertigt. Daher gelten auch hier die gleichen Regelungen.

***Zu Satz 3 bis 5* – GE – Anmerkung: Durch den 14. Ausschuss entfallen**

Es handelt sich um die Parallelregelung zur sachgerechten Einschränkung der generellen Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem medizinischen Versorgungszentrum nach Absatz 4a Satz 5. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist nicht gerechtfertigt. Daher gelten auch hier die gleichen Regelungen.

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt übertragen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 2 – **GE**
Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen, befristeten Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachrichtungen war beabsichtigt, bereits in der Übergangszeit bis zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Versorgungssicherheit in den Bereichen herzustellen, die in besonderem Maße von Versorgungs- und Terminschwierigkeiten betroffen waren. Angesichts des absehbaren Inkrafttretens des Gesetzes in zeitlicher Nähe zum Abschluss der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erscheint die Einführung dieser Ausnahmeregelung nicht mehr erforderlich.
Zu Absatz 2 Satz 4 und 5
Mit der Änderung werden die Bestimmungsrechte der Länder im Zusammenhang mit der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gestärkt. Die Änderung bewirkt, dass die von der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Arztgruppen oder Fachrichtungen nicht von den Landesausschüssen, sondern von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu bestimmen sind. Neben der Möglichkeit der zeitlichen Begrenzung der zu bestimmenden Ausnahmen durch Befristung oder Aufhebung ihrer Festlegung verfügen die Länder damit über die Möglichkeit, bestehende Versorgungsbedarfe örtlich und fachlich einzugrenzen. Folge der Regelung ist eine uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit in den von den Landesbehörden bestimmten ländlichen und strukturschwachen Gebieten und Arztgruppen oder Fachrichtungen. An der Festlegung allgemeingültiger Kriterien durch die Landesausschüsse für die von der Ausnahme betroffenen Teilgebiete wird festgehalten, um die für die Bestimmungsrechte der Länder erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Diesbezüglich wird geändert, dass der Landesausschuss die entsprechenden Kriterien nicht im Wege der Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, sondern im Einvernehmen mit diesen Landesbehörden aufzustellen hat.
Zu Absatz 3a
Die Änderung ist Satz 2 ist eine Folgeänderung zu der in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte neu geschaffenen Möglichkeit einer Zulassung mit einem drei Viertel Versorgungsauftrag. Auch wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt nur auf ein Viertel ihrer bzw. seiner Zulassung verzichtet oder ihr bzw. ihm nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird, soll an üblichen Nachbesetzungsregelungen festgehalten werden. Einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt ist es daher auch in diesen Fällen möglich, einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu stellen. Es ist dann Aufgabe des Zulassungsausschusses, über diesen Antrag nach den gesetzlich vorgegeben Regelungen zu entscheiden.
Die Änderung in Satz 3 entspriche dem bisherigen Wortlaut des Gesetzesbefehls.
Zu Absatz 4
Zu Satz 9
Die Änderung bezieht sich auf die Grundsatzregel, dass der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen kann, wenn er das Nachbesetzungsverfahren mit dem Ziel der Nachbesetzung durch die in Absatz 3a Satz 3, zweiter Halbsatz genannten, privilegierten Personenkreise durchführt, sich im Nachbesetzungsverfahren jedoch herausstellt, dass kein entsprechend geeigneter Bewerber zur Nachbesetzung zur Verfügung steht. Die bisherige Formulierung des Absatzes 4 Satz 9 bezieht nicht ausdrücklich diejenigen Bewerber ein, mit denen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 festgelegten Versorgungsanteile erfüllt werden können. Infolge der klarstellenden Änderung kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung auch in den Fällen ablehnen, in denen er das Nachbesetzungsverfahren zur Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestversorgungsanteile durchzuführen hat, sich im Nachbesetzungsverfahren aber kein Bewerber findet, mit dem diese Mindestversorgungsanteile erfüllt werden könnten. Eine Änderung der Rechtslage für die übrigen in Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Personenkreise ist mit der Änderung nicht beabsichtigt.
Zu Satz 10
§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 gibt dem Zulassungsausschuss vor, im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens bei der Auswahl der Bewerber für die Nachfolge einer Praxis das Kriterium, ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu berücksichtigen. Mit dem neuen Satz 10 wird dem Zulassungsausschuss künftig ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einem Bewerber, der sich zur Erfüllung der besonderen Versorgungsbedürfnisse im Auswahlverfahren bereit erklärt hat, die Zulassung unter der Voraussetzung zu erteilen, dass er sich zur Erfüllung dieser besonderen Versorgungsbedürfnisse verpflichtet. Hierbei kann es sich beispielsweise um die Verpflichtung

handeln, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten, um somit beispielsweise die Versorgung der Versicherten mit einem grundversorgenden ärztlichen Leistungsspektrums aufrecht zu erhalten. Auch kann es sich um die Verpflichtung handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein.
Im Übrigen wird auf die Begründung zu der im Gesetzentwurf enthaltenen Aufhebung des bisherigen Satz 10 Bezug genommen.
Zu Absatz 4a Satz 2 und 3 und Absatz 4b Satz 2 und 3
Der neue gefasste Buchstabe d* (Anmerkung: Absatz 4a Satz 2 und 3) *übernimmt den bisherigen Wortlaut des Gesetzesbefehls und verzichtet auf die bisherige Regelung unter Doppelbuchstabe bb* (Anmerkung: bisheriger Satz 3 wird durch Satz 3 bis 5 ersetzt)*. Inhalt der Regelung war eine Beschränkung der bisher nach geltendem Recht bestehenden generellen Möglichkeit zur Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen in MVZ. Vorgesehen war, dass der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle prüfen sollte, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Aufgrund der in der Anhörung gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich möglicher negativer Auswirkungen auf Anstellungen und MVZ sowie Bedenken hinsichtlich einer praktikablen Umsetzbarkeit dieser Regelung, wird diese Beschränkung gestrichen.
Als Folge hiervon ist die Parallelregelung für die Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ebenfalls zu streichen (*Anmerkung: Absatz 4b: Bisheriger Satz 3 wird durch Satz 3 bis 5 ersetzt.)*.

§ 104

Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen

(1) Die Zulassungsverordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen, in welchem Umfang und für welche Dauer zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung in solchen Gebieten eines Zulassungsbezirks, in denen eine vertragsärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, Beschränkungen der Zulassungen in hiervon nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter Maßnahmen vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnung der Landesausschüsse gebunden sind und Härtefälle zu berücksichtigen haben.

(2) Die Zulassungsverordnungen bestimmen nach Maßgabe des § 101 auch das Nähere über das Verfahren bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen bei vertragsärztlicher Überversorgung.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte.

§ 105

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

(1a) [1] Die Kassenärztliche Vereinigung **hat** zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds **zu** bilden, für den sie **mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent** der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. [2] **Die** Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen **haben** zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. [3] **Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:**

1. **Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,**
2. **Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,**

3. Vergabe von Stipendien,

4. Förderung von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,

5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,

6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,

7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.

[4] Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. [5] Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.

(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

(1c) [1] **Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen.** [2] **Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben.** [3] **In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet.** [4] **Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.**

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.

(2) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, dass medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. [2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

(3) – aufgehoben

(4) [1] **Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen.** [2] **Über die Anforderungen, die an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.** [3] Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 oder § 87a entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. [4] Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

(5) [1] Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. [2] Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere

Weise nicht sichergestellt werden kann. [3] Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. [4] § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. [5] In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Bei der Aufhebung des zweiten Halbsatzes in Satz 1 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 105 Absatz 4 Satz 1, mit der die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig verpflichtet werden, im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen Ärztinnen und Ärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen.

***Zu Satz 2 und 3* – aufgehoben**

Die Aufhebung der Sätze 2 und 3 erfolgt als Folgeänderung zum neuen § 105 Absatz 1b, der die bisherigen Regelungen zu den Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und flexibilisiert.

Zu Absatz 1a

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können schon heute zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds nach § 105 bilden, für den sie jeweils 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen. Die Kassenseite hat dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Gesetzlich geregelt ist bisher, dass die Mittel insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden sollen. Mit den Änderungen im Absatz 1a werden die Strukturfonds verbindlicher ausgestaltet, die bereitzustellenden Mittel erhöht und die Verwendungszwecke der Mittel ergänzt.

Zu Satz 1

Die Bildung eines Strukturfonds wird künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend. Gleichzeitig wird vorgesehen, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils bereit zu stellenden Mittel des Strukturfonds mindestens 0,1 Prozent auf bis zu 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen betragen und damit verdoppelt werden.

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur künftigen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, einen Strukturfonds zu bilden. Die bestehende Verpflichtung der Krankenkassen, in den Strukturfonds zusätzlich einen Betrag in entsprechend gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten, bleibt unverändert.

***Zu Satz 3 bis 5* – Anmerkung: siehe Einfügen von Nummer 7 durch den 14. Ausschuss**

Mit der Neufassung des Satzes 3 wird die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke der Mittel des Strukturfonds ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen (siehe unter Nummer 1), die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem neuen Absatz 1c (Nummer 4), die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung (Nummer 4) und die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (Nummer 5). Die neue Nummer 6 übernimmt den Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 3 und ergänzt ihn um Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 (Nummer 6). Möglich ist danach künftig eine Förderung des freiwilligen Verzichts sowohl in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkungen, als auch in Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt auf einen Nachbesetzungsantrag verzichten. Darüber hinaus ist es nunmehr auch möglich, in den Fällen, in denen der Zulassungsausschuss eine Antrag auf Nachbesetzung ablehnt, die nach § 103 Absatz 3a Satz 13 bisher allein von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Entschädigungen aus dem Strukturfonds zu finanzieren.

Für die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung gilt, dass grundsätzlich jeweils nur die Errichtung, nicht hingegen der Betrieb der Einrichtung bzw. des lokalen Gesundheitszentren über den Strukturfonds gefördert werden kann. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, wird in dem neuen Absatz 1c die Anwendung der Regelungen nach §§ 87 bis 87c vorgegeben, um eine Gleichbehandlung mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu gewährleisten.

Darüber hinaus ist nach dem neuen Satz 4 sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Im begründeten Einzelfall können Mittel, die im vorgesehenen Verwendungszeit-

raum nicht ausgezahlt werden, in den darauffolgenden Verwendungszeitraum übertragen werden. Um Transparenz über die mit Mitteln des Strukturfonds finanzierten Fördermaßnahmen herzustellen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen im neuen Satz 5 verpflichtet, jährlich einen Bericht zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen. Darin sind die mit den Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen und die für hierfür jeweils eingesetzten Finanzvolumina näher darzustellen.

***Zu Absatz 1c* – Anmerkung: siehe Anfügen von Absatz 1b und Änderungen durch den 14. Ausschuss („drohende Unterversorgung" entfallen)**

Die bislang in Absatz 1 Satz 2 und 3 geregelte Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen zu gewährleisten, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, wird im neuen Absatz 1c erweitert und flexibilisiert. Damit wird die Option der Kassenärztlichen Vereinigungen, eigene Versorgungskapazitäten insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen schlechter versorgten Regionen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen, oder sich an entsprechenden Einrichtungen zu beteiligen, noch attraktiver. Die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen sind dabei recht vielfältig. Angefangen mit der Gründung einer ganz normalen Praxis mit von der Kassenärztlichen Vereinigung angestellten Ärztinnen und Ärzten kommt beispielsweise auch der Betrieb von sogenannten Portalpraxen an Krankenhäusern in Betracht, die während der Sprechstundenzeiten geöffnet haben. Die Vorgaben des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen bleiben auch bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, unberührt.

Zugleich wird klargestellt, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Maßnahmen besteht. Die bisherige Regelung, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen des Benehmens mit der Kassenseite bedürfen, wird gestrichen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betrieben werden. Mit diesen Regelungen soll erreicht werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen zur Verfügung stehenden flexiblen Versorgungsmöglichkeiten nutzen und dadurch die Versorgung verbessert wird. So kann die Kassenärztliche Vereinigung Versorgungleistungen für die Versicherten z. B. durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (z. B. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen erbringen. Dabei sind die berufsrechtlichen Regelungen zu beachten. Ergänzt wird der Versorgungsbeitrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Eigeneinrichtungen erbringen, durch die bisher ohnehin in Absatz 1 schon verpflichtend vorgegebenen Sicherstellungsmaßnahmen. So wird von Kassenärztlichen Vereinigungen z. B. teilweise ein Patiententransport zu Ärztinnen und Ärzten übernommen. In Gebieten, für die der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nach Ablauf der von den Landesausschüssen nach § 100 Absatz 1 Satz 2 für die Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung zu setzenden angemessenen Frist, spätestens jedoch nach sechs Monaten, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen.

Zur Vergütung der in den Einrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen wird durch die Anwendung der Regelungen der §§ 87 bis 87c klargestellt, dass zwischen Leistungen zu differenzieren ist, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden oder die als extrabudgetäre Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionale Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Klargestellt wird ferner, dass Einrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind. Daraus folgt, dass u. a. auch für Einrichtungen in Gebieten, in denen eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt wurde, keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs anzuwenden sind.

***Zu Absatz 1d* – Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss („Vergabe von Medizinstudienplätzen" entfallen)**

Der vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages am 31. März 2017 beschlossene „Masterplan Medizinstudium 2020" enthält Maßnahmen, die darauf abzielen, mehr Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Lande zu gewinnen. Eine dieser Maßnahmen ist die Einführung und Umsetzung einer sogenannten „Landarztquote". Mit dieser haben die Länder die Möglichkeit, neben dem regulären Zulassungsverfahren bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu werden. Hierbei sind die fachliche Eignung und Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit in besonderen Auswahlverfahren zu überprüfen.

Mit dem neuen Absatz 1d wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Umset-

zung des ihnen obliegenden Auftrages zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung an der Umsetzung der Landarztquote mitwirken, soweit der jeweilige Landesgesetzgeber entsprechende Regelungen getroffen hat. Voraussetzung ist daher, dass der Landesgesetzgeber von der ihm zustehenden Möglichkeit Gebrauch macht, eine entsprechende Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzusehen. In Betracht kommt hier zum einen eine Beteiligung an dem Verfahren zur Auswahl geeigneter Studienplatzbewerberinnen und -bewerber. Ebenso denkbar ist eine Beteiligung an der Umsetzung der von den Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen.

Zu Absatz 3 – **aufgehoben**

Absatz 3 regelt bislang zwei Möglichkeiten der finanziellen Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen: Während nach Satz 1 der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt finanziell gefördert werden kann, besteht nach Satz 2 die Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen den Aufkauf von Arztpraxen finanziell zu fördern, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird. Bei der Aufhebung dieser Regelungen handelt es sich um eine Folgeänderung zu Absatz 1a Satz 3 Nummer 6. Dieser übernimmt den Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 3 und ergänzt ihn um Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Zu Absatz 4 Satz 1 und 2

Zur Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Gebieten mit eingetretener und drohender Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sind zukünftig obligatorisch Sicherstellungszuschläge an ärztliche Leistungserbringer zu zahlen, die in diesen Gebieten tätig sind. Nach bisher geltendem Recht liegt die Entscheidung über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Ermessen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Mit der Änderung in § 105 Absatz 4 wird nunmehr geregelt, dass die Kassenärztliche Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringern Sicherstellungszuschläge zu zahlen haben. Über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Leistungserbringer und über die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis entscheidet wie bereits nach geltendem Recht der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die bisher vorgesehene Festlegung der Dauer der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist obsolet, da sich die Dauer zukünftig nach dem Andauern der eingetretenen oder drohenden Unterversorgung sowie des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs richtet. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen sowie die Ersatzkassen tragen die Sicherstellungszuschläge weiterhin je zur Hälfte.

Unabhängig hiervon haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 105 Absatz 1 weiterhin alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 3 Nummer 7

Mit der Änderung wird die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke der Strukturfondsmittel dahingehend ergänzt, dass nunmehr auch der Betrieb der Terminservicestellen gefördert werden kann. Strukturfondsmittel können hier beispielsweise dazu genutzt werden, die künftig notwendige gewordene Vorhaltung von medizinisch geschultem Personal zum Zwecke einer qualifizierten Ersteinschätzung (sog. Triage) zu fördern.

Zu Absatz 1b

Eingefügt wird ein neuer Absatz 1b, mit dem die Möglichkeit geschaffen wird, auf Landesebene vertraglich zu vereinbaren, dass über die Mittel des Strukturfonds hinaus ein zusätzlicher Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes bereitgestellt wird. Vorgesehen sind hierzu fakultative Verträge zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

Mit der Regelung sollen in der Vergangenheit vereinzelt vereinbarte Vergütungszuschläge für den Bereitschaftsdienst, die aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 28. Juni 2017 – B 6 KA 12/16) und darauf resultierender Reaktionen der Aufsicht in Frage gestellt werden, nunmehr ausdrücklich erlaubt werden. Die Gesamtvertragspartner haben nach § 87 Absatz 2 Satz 3 zwar grundsätzlich die Möglichkeit, die Leistungen im Notfall und im Notdienst als besonders förderungswürdige Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert zusätzlich zu vergüten. Um jedoch als Kassenärztliche Vereinigung die grundlegenden zentralen Strukturen aufzubauen (zum Beispiel Räume für zentrale Notdienstpraxen im Krankenhaus anzumieten) fehlen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern die rechtlichen Grundlagen.

***Die Absätze 1c und 1d entsprechen den bisherigen Absätzen 1b und 1c.* – Gesetzentwurf**
Zu Absatz 1c
Mit der Änderung wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen gestrichen, schon bei Vorliegen einer nur drohender Unterversorgung Eigeneinrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Denn mit Blick auf die Vielzahl der möglichen Maßnahmen, um eine drohende Unterversorgung zu vermeiden bzw. abzuwenden erscheint es nicht sachgerecht, den Betrieb von Eigeneinrichtungen bereits im Fall einer bloß drohenden Unterversorgung verpflichtend vorzuschreiben. Vielmehr soll die Pflicht zum Betrieb von Eigeneinrichtungen erst dann zum Tragen kommen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigung nicht in der Lage war, die drohende Unterversorgung mit anderen zur Verfügung stehenden Maßnahmen zu beseitigen und eine ärztliche Unterversorgung tatsächlich eingetreten ist.
Zu Absatz 1d
Im Masterplan Medizinstudium 2020 wird den Ländern das Recht eingeräumt, neben dem regulären Zulassungsverfahren bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu werden (sog. Landarztquote).
Mit Schaffung des § 105 Absatz 1c wurde gesetzlich klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Umsetzung des ihnen obliegenden Auftrages zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung an der Umsetzung der Landarztquote mitwirken, soweit der jeweilige Landesgesetzgeber entsprechende Regelungen getroffen hat. Ihre Mitwirkung war sowohl an dem Verfahren zur Vergabe der Studienplätze als auch an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen vorgesehen, sofern Landesrecht dies bestimmt. Da der Masterplan Medizinstudium eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vergabe der Studienplätze nicht vorsieht, wird der diesbezügliche Regelungsteil gestrichen. An der Mitwirkung bei der Umsetzung der von den Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen wird festgehalten.

Neunter Titel

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

§ 106

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) [1] Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. [2] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. [3] Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. [4] Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. [5] Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.

(2) [1] Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch

1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,
2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.

[2] Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 **Absatz 2** übermittelt werden. [3] Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(3) [1] Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten

und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. [2] Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. [3] **Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.** [4] Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. [5] Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(4) [1] Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. [2] Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. [3] Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2 Satz 2
Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Absätze 1 und 3 in § 297.
Zu Absatz 3 Satz 3
Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach der Rechtsprechung des Bundesozialgerichts (BSG) für ärztliche Leistungen bis zu vier Jahre nach Erlass des Honorarbescheides (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23) von einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sein können, wird mit der Regelung die Ausschlussfrist auf zwei Jahre gesetzlich festgelegt. Für die ärztlich verordneten Leistungen gilt diese zweijährige Frist mit der Maßgabe, dass die Frist mit dem Schluss des Kalenderjahres beginnt, in dem die Leistung verordnet worden ist. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensausschlusstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Zehnten Buches (SGB X) vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Bereits in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung des § 106 war für die Richtgrößenprüfung (ärztlich verordnete Leistungen) eine zweijährige Frist vorgesehen. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des Ersten Buches (SGB I) die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Die Verkürzung der Ausschlussfristen gilt für Honorarbescheide und ärztlich verordnete Leistungen ab Inkrafttreten des Gesetzes.

§ 106a

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

(1) [1] **Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c geprüft werden.** [2] **Die**

Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.

(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere

1. **bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),**
2. **bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),**
3. **bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,**
4. **bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder**
5. **bei begründetem Verdacht, dass Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie unvereinbar mit dem Heil- und Kostenplan sind.**

(3) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. November 2019 das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. [2] Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

(4) [1] Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. [2] Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. [3] In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 1 als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. [4] Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen; dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 4* – Anmerkung: Siehe Neufassung von Absatz 1 bis 4 (Absatz 5 entfallen) durch den 14. Ausschuss**

Mit der Regelung wird das Ziel verbunden, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bereits im Vorfeld von Prüfverfahren zu schützen, soweit sich die Anzahl und die Art der ärztlichen Leistungserbringung mit Unterschieden in Praxisstruktur, Praxisstandort oder in der Behandlungsnotwendigkeit der Patientinnen und Patienten (Praxisbesonderheiten) begründen lässt. Praxisbesonderheiten sind insbesondere eine Landarztpraxis, eine Konzentration der Versorgung in Hospizen oder in Pflegeheimen, Besonderheiten bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen (z. B. bei anerkannter Pflegebedürftigkeit oder bei schwerer Erkrankung, bei der die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, ärztliche Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen). Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten soll vorab durch einen Antrag der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes bei der Prüfungsstelle erfolgen.

Mit der vorherigen Anerkennung von Praxisbesonderheiten wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem Ziel zur Verbesserung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auch ein Beitrag zur Förderung von Hausbesuchen geleistet. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen einer Kleinen Anfrage ist die Anzahl der Hausbesuche tendenziell seit Jahren rückläufig (vgl. Drs. 19/2683). Für Patientinnen und Patienten, die eine Arztpraxis aus medizinischen Gründen nicht mehr selbständig aufsuchen können, ist es von großer Bedeutung, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Hausbesuche durchführen.

Bereits nach geltendem Recht sieht die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des

GKV-Spitzenverbandes nach § 106a Absatz 3 allgemein die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei den Prüfungen vor. Die Praxisbesonderheiten sind bereits nach der geltenden Rechtslage durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106 Absatz 1 zu konkretisieren. Hierdurch können regionalen Besonderheiten in der Versorgung besser Rechnung getragen werden. Diese bereits geltende Rechtssystematik greift die Regelung auf, um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten als besonderen Versorgungsbedarf vor Durchführung der Prüfungen zu regeln.

Der 14. Ausschuss begründet die Neufassung von Absatz 1 bis 4 (Absatz 5 entfallen) wie folgt:

Die von Amts wegen jedes Quartal bei mindestens 2 Prozent der vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführende Zufälligkeitsprüfung – ohne vorherige Auffälligkeit – kann mit einem sehr hohen bürokratischen Aufwand für die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer verbunden sein. Am Aufwand gemessen ist der Nutzen dieser Prüfungsart nur gering. Daher wird mit Absatz 1 diese arztbezogene Prüfungsart einschließlich der darin beinhalteten arztbezogenen Prüfung der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit künftig in Absatz 1 nicht mehr gesetzlich von Amts wegen vorgegeben. Künftig bedarf es eines begründeten Antrages einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. Der begründete Antrag ist für den jeweiligen Abrechnungszeitraum zu stellen.

Nach Absatz 2 ergibt sich eine Veranlassung für einen begründeten Antrag insbesondere durch den begründeten Verdacht einer Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmangel oder Unangemessenheit der Kosten. Diese Merkmale sind bereits im geltenden Recht für die bisherigen Zufälligkeitsprüfungen gesetzlich vorgegeben.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen konkretisieren nach Absatz 3 das Nähere zur Prüfung auf begründeten Antrag in Rahmenempfehlungen, die bei den regionalen Vereinbarungen zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte auch die Anlage 6 dieses Vertrages an die neuen Vorgaben und an die neue Frist anzupassen, damit die Prüfung sachgerecht umsetzbar ist.

Bisher haben die Kassenärztliche Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verbindliche Richtlinien für die Zufälligkeitsprüfungen zu vereinbaren. Insoweit werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen weitestgehend regionalisiert.

Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach Absatz 4 weiterhin Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Nach Absatz 4 Satz 2 werden künftig Prüfungen nach Durchschnittswerten für Planungsbereiche und für Arztgruppen, in denen Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist, ausgeschlossen. Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist häufig eine unnötige Belastung für vertragsärztliche Leistungserbringer, da sie besonderen Standort- und Strukturmerkmale und besonderen Behandlungsfällen häufig nicht angemessen Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund wird zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung auf die Durchführung von Durchschnittswertprüfungen in genannten Planungsbereichen verzichtet. Nach Absatz 4 Satz 3 sind in den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 eine Höchstzahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte festzulegen. Im Übrigen ist die Regelung in Absatz 4 Satz 3 bereits im Gesetzentwurf enthalten und wird übernommen.

Vor dem Hintergrund der Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zur arztbezogenen Prüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung entfällt auch Absatz 5.

§ 106b

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) [1] Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. [2] Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. [3] In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. [4] Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.

(1a) [1] **Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich.** [2] **Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.**

(2) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. [2] Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. [3] Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. [4] Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. [5] Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren. [6] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das **zuständige** Schiedsamt **gemäß § 89**.

(2a) [1] **Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen.** [2] **Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes.** [3] **Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.**

(3) [1] Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das **zuständige** Schiedsamt **gemäß** § 89 festgesetzt. [2] Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

1. Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;
2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge**;**
3. **Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;**
4. **Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.**

(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 2 Satz 6, Satz 7* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2. Satz 7 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.
***Zu Absatz 3 Satz 1, Satz 2* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitegehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 1. Satz 2 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.

Der 14. Ausschuss begründet das Einfügen von Absatz 1a und 2a sowie von Absatz 4 Nummer 3 und 4 wie folgt:

Zu Absatz 1a
Bei saisonalen Grippeimpfstoffen kann es aufGrund herstellungsbedingter Besonderheiten, verbunden mit kurzen Vorbestellfristen und regionalen Unterschieden der Bestellung dieser Impfstoffe für den Praxisbedarf zu Problemen bei der Versorgung versicherter Personen kommen. Grippeimpfstoffe werden von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf Grund von Vereinbarungen

der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen nicht personenbezogen, sondern als Sprechstundenbedarf zur vertragsärztlichen Behandlung verordnet. Grippeimpfungen, die Krankenkassen für ihre Versicherten freiwillig als Satzungsleistungen übernehmen, sollen bei der Verordnung als Sprechstundenbedarf berücksichtigt werden. Ärztinnen und Ärzten soll zur Sicherstellung der Versorgung ermöglicht werden, bei der Bestellung und Verordnung für ihren Praxisbedarf einen angemessenen „Sicherheitszuschlag" einkalkulieren zu können, ohne allein auf Grund dieser Tatsache bei einer geringeren Zahl durchgeführter Impfungen etwaige Regressforderungen befürchten zu müssen. Die näheren Festlegungen bleiben den Vereinbarungen der Vertragspartner nach Absatz 1 überlassen. Für eine Impfsaison soll eine angemessene, mindestens jedoch zehnprozentige Überschreitung gegenüber der erst im Nachhinein tatsächlich feststellbaren Menge durchgeführter Impfungen in jeden Fall noch als „wirtschaftlich" gewertet werden. Auch das Paul-Ehrlich-Institut hat bei der Bedarfsprüfung nach § 132e Absatz 2 eine zusätzliche Reserve von 10 Prozent zu berücksichtigen. Die sonstigen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die in den Vereinbarungen jeweils geregelt sind, sind ungeachtet dessen zu beachten.

Zu Absatz 2a

Durch die Änderung wird die Höhe von Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise auf eine Differenzberechnung beschränkt. Die Nachforderung ergibt sich aus dem Mehrbetrag, der nach Abzug der ärztlich verordnungsfähigen Leistung zu Lasten des Kostenträgers verbleibt. Soweit sich durch eine unzulässige Verordnung Kostenersparnisse zugunsten des Kostenträgers ergeben, kommt dies nicht dem verordnenden Arzt zugute. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2.

Zu Absatz 4

Zu Nummer 3

Zum Abbau von Regressrisiken und von Bürokratieaufwand unterliegen Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 künftig nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Durchführung derartiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen steht nach Angaben aus der Praxis auch die vielfach schlechte Datenlage entgegen. Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 ist es weiterhin insbesondere auch die Aufgabe des Krankenhauses, die Erforderlichkeit der Behandlung zu prüfen. Zudem ist die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Streitfall uneingeschränkt von der Krankenkasse und ggf. durch Gericht zu überprüfen (BSG, Gr. Senat, Beschl. v. 25.9.2007, Az. GS 1/06 = SozR 4 – 2500 § 39 Nr. 10). Die Leistungen bzw. Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen müssen von den Krankenkassen im Vorfeld genehmigt werden. Dabei haben die Krankenkassen bereits auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 zu beachten. Eine Herausnahme der Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher verordneter Leistungen ist daher sachgerecht.

Zu Nummer 4

Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung" nach dem neuen § 125a, durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.

§ 106c

Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. [2] Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. [3] Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. [4] Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. [5] Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. [6] Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(2) [1] Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. [2] Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. [3] Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. [4] Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. [5] Kommt eine Einigung nach den Sätzen 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. [6] Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. [7] Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. [8] Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

(3) [1] Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. [2] Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. [3] Für das Verfahren sind § 84 Absatz 1 und § 85 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. [4] Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. [5] Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat keine aufschiebende Wirkung. [6] Abweichend von Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.

(4) [1] Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. [2] Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. [3] Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) [1] Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. [2] Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. [3] Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

§ 106d

Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) [1] Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität**, auf Einhaltung der Vorgaben nach**

§ 295 Absatz 4 Satz 3 sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. [2] Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. [3] Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. [4] Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. [5] Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. [6] Bei den Prüfungen ist von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. [7] Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. [8] Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. [9] Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.

(3) [1] Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,
3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Ärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit.

[2] Sie unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(4) [1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. [2] Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. [3] Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend. [4] Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

(5) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. [2] In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. [3] **Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.** [4] Der Inhalt der Richtlininen nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) [1] Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 einschließlich **der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und** des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3. [2] Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. [3] Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. [4] Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit

nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(7) § 106 **Absatz 4** gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 1
Diese Folgeregelung ergänzt die Prüfung der Einhaltung der Prüfmaßstäbe für die verbindlichen und bundeseinheitlichen Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der Abrechnungsprüfung.
Zu Absatz 7
Redaktionelle Anpassung eines Verweises.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 5 Satz 3
Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach Entscheidung des Bundesozialgerichts bis zu vier Jahre nach Ende der Abrechnung im Rahmen einer Abrechnungsprüfung von Maßnahmen betroffen sein können, wird mit der Regelung in Absatz 5 Satz 3 die Ausschlussfrist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung auf zwei Jahre ab Erlass des Honorarbescheides gesetzlich festgelegt. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensausschlusstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des SGB X vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des SGB I die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Auch bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird eine zweijährige Frist vorgesehen. Die Verkürzung der Ausschlussfrist gilt für Honorarbescheide, die nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erlassen werden.
Zu Absatz 6 Satz 1
Mit der Regelung in Absatz 6 Satz 1 werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, in den Richtlinien die Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 verbindlich vorzugeben. Voraussetzungen können beispielsweise Vorgaben zu Verfahrensschritten oder Datenübermittlungsfristen sein. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die regionalen Selbstverwaltungspartner die gesetzliche Ausschlussfrist von zwei Jahren sachgerecht umsetzen. Sofern erforderlich haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte hierzu auch die in Anlage 6 § 1 vereinbarte Frist der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen gemäß § 295 Absatz 3 Nummer 4 anzupassen.

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen

§ 107

Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 108

Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 108a

Krankenhausgesellschaften

[1] Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluss von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. [2] In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. [3] Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören.

§ 109

Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) [1] Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zu Stande; er bedarf der Schriftform. [2] Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluss des Versorgungsvertrags. [3] Dieser ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. [4] Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. [5] Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

(2) [1] Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 besteht nicht. [2] Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

(3) [1] Ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet,
2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder
3. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

[2] Abschluss und Ablehnung des Versorgungsvertrags werden mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam. [3] Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

(4) [1] Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. [2] Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet. [3] Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen.

(5) [1] **Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind.** [2] **Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind.** [3] **Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind.** [4] **Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.**

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG das Anfügen von Absatz 5 wie folgt:

Für die Verjährung der Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Leistungen und der Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen gilt mangels spezialgesetzlicher Regelungen die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren nach § 45 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch. Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen in der Vergangenheit abgeschlossene Abrechnungsverfahren wieder aufgreifen und auf der Grundlage zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung innerhalb dieser Verjährungsfrist Rückforderungsansprüche in unter Umständen erheblicher Höhe geltend machen. Ergänzend zu den Änderungen in den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird daher eine spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen eingeführt, um die hierdurch hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen. Die Vermeidung der durch Rückforderungsansprüche hervorgerufenen Rechtsunsicherheit trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist führt auch zu einer Angleichung der für Krankenhäuser und Krankenkassen geltenden Rechtslage. Auch vor Ablauf der Verjährungsfrist sind nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser nach der Rechtsprechung nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie nach Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgen, d. h. nach Ende des auf die erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres. Gegenwärtig können die Krankenkassen daher vier Jahre lang Erstattungsansprüche geltend machen. Nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser sind aber bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ausgeschlossen.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist ist den Beteiligten auch zumutbar, da Krankenhäuser und Krankenkassen als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden sind und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen sind. Aufgrund der Regelung in Satz 2 gilt die verkürzte Verjährungsfrist auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von zu Unrecht geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zu berechnen. Liefe jedoch die bislang geltende längere Frist früher ab als die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet (vgl. Artikel 169 Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EG-BGB), Artikel 231 § 6 Absatz 2 EGBGB, Artikel 229 § 6 Absatz 4 EGBGB). Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. Januar 2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31. Dezember 2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt Satz 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf Rückforderungen der Krankenkassen anwendbar ist, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt sind. Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind. Hinsichtlich der Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen beschränkt Satz 3 den Anwendungsbereich der verkürzten Verjährungsfrist auf solche Forderungen, die ab dem 1. Januar 2019 entstehen. Hierdurch wird zugunsten der Planungssicherheit der Krankenhäuser vermieden, dass bereits entstandene Forderungen der Krankenhäuser früher als bislang verjähren, und gewährleistet, dass die Krankenhäuser ihr Forderungsmanagement auf die zweijährige Verjährungsfrist einstellen können.

§ 110

Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) [1] Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen. [2] Die Kündigung hat zu erfolgen, wenn der in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt. [3] Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen. [4] Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist. [5] Kommt ein Beschluss über die Kündigung eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nicht zustande, entscheidet eine unabhängige Schiedsperson über die Kündigung, wenn dies von Kassenarten beantragt wird, die mindestens ein Drittel der landesweiten Anzahl der Versicherten auf sich vereinigen. [6] Einigen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die Landesverbände der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. [7] Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. [8] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend der landesweiten Anzahl ihrer Versicherten. [9] Klagen gegen die Entscheidung der Schiedsperson über die Kündigung richten sich gegen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, nicht gegen die Schiedsperson.

(2) [1] Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände wird mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. [2] Diese hat ihre Entscheidung zu begründen. [3] Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist und die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich oder elektronisch dargelegt hat. [4] Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die zuständige Landesbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der Kündigung widersprochen hat. [5] Die Landesbehörde hat einen Widerspruch spätestens innerhalb von drei weiteren Monaten schriftlich oder elektronisch zu begründen. [6] Mit Wirksamwerden der Kündigung gilt ein Plankrankenhaus insoweit nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus.

§ 110a

Qualitätsverträge

(1) [1] Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge). [2] Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. [3] Die Qualitätsverträge sind zu befristen. [4] In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. [5] Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags besteht nicht.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. [2] Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. [3] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.

§ 111

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

[2] § 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. [3] Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) [1] Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. [2] Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) [1] Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. [2] Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. [3] Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) [1] Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. [2] Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. [3] Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im Übrigen die Absätze 1 bis 5.

§ 111a

Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

(1) [1] Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) oder Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41) nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks

oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. [2] § 111 Abs. 2, 4 Satz 1 und 2 und Abs. 5 sowie § 111b gelten entsprechend.

(2) [1] Bei Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. [2] Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

§ 111b

Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. [2] Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) [1] Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. [2] Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. [3] Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) [1] Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. [2] Sie sind an Weisungen nicht gebunden. [3] Jedes Mitglied hat eine Stimme. [4] Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. [5] Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) [1] Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. [2] Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

§ 111c

Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,

1. für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht und
2. die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. [2] Soweit es für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

(2) [1] § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. [2] Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen

Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. [3] Mit dem Versorgungsvertrag wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zugelassen. [4] Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind. [5] Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(3) [1] Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. [2] Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. [3] Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(4) [1] Bei Einrichtungen, die vor dem 1. Januar 2012 ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. [2] Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

§ 112

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) [1] Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
   a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
   b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1.

[2] Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) [1] Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. [2] Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. [3] Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder

die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluss der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

§ 113

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. [2] Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zu Stande, wird dieser auf Antrag innerhalb von zwei Monaten von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt. [3] Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Prüfer und seinen Beauftragten auf Verlangen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) [1] Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen. [2] Die Vorschriften über Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach der Bundespflegesatzverordnung bleiben unberührt.

(4) [1] Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach §§ 106 bis 106b und 106d und § 135b geltenden Regelungen geprüft. [2] Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c entsprechend §§ 106 bis 106b gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.

§ 114

Landesschiedsstelle

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. [2] Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) [1] Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [2] Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. [3] Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. [4] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach **§ 89 Absatz 6 Satz 3** bestellt. [5] Soweit beteiligte Organisationen keine Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 3 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer beteiligten Organisation die Vertreter und benennt die Kandidaten; die Amtsdauer der Mitglieder der Schiedsstelle beträgt in diesem Fall ein Jahr.

(3) [1] Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. [2] Sie sind an Weisungen nicht gebun-

den. [3] Jedes Mitglied hat eine Stimme. [4] Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. [5] Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 4
Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 114 (Landesschiedsstelle) zur Änderung des § 89 über die Schiedsämter.
Zu Absatz 5
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Konstruktion der erweiterten Schiedsstelle in § 115 Absatz 3 und der Überleitung der Zuständigkeit auf die sektorenübergreifenden Entscheidungsgremien nach § 89a.

Vierter Abschnitt

Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

§ 115

Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) [1] Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes; darüber hinaus können auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a.

[2] Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a.

(3a) – aufgehoben

(4) [1] Kommt eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt. [2] Eine Regelung nach den Absätzen 1 bis 3 ist zulässig, solange und soweit die Landesregierung eine Rechtsverordnung nicht erlassen hat.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 3 und zum Aufheben von Absatz 3a:

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 115 Absatz 3 (Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Krankenkassen und Leistungserbringer kooperieren im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auf vielfältige Art und Weise. In § 115 sind die so genannten dreiseitigen Verträge normiert,

durch die die eigentlich getrennten Leistungssektoren der ambulanten und stationären Versorgung miteinander verbunden werden sollen. Im Konfliktfall agierte bisher die Landesschiedsstelle nach § 114 als so genannte erweiterte Schiedsstelle, indem die Landesschiedsstelle nach § 114 um Vertreter der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erweitert wurde.

***Zu Absatz 3a* – aufgehoben**

Die in Absatz 3a bisher vorgegebene Frist für vertragliche Regelungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 ist abgelaufen. Gleichzeitig ergibt sich der gesetzliche Auftrag aus Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Auf Antrag kann künftig das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium angerufen werden. Es bedarf daher der Sonderregelung nicht mehr.

§ 115a

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) [1] Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

[2] Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. [3] Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) [1] Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. [2] Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. [3] Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. [4] Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. [5] Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. [6] Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. [7] Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. [2] Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. [4] Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. [5] Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zu Stande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

[2] In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. [3] In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. [4] In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

(2) [1] Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. [2] Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. [3] Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. [4] Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. [5] Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

(3) Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) [1] In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. [2] Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 3:

Gemäß § 115b Absatz 3 wird die Vereinbarung zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie zu einer einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch das Bundesschiedsamt festgesetzt, sofern eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Durch die vorliegende Änderung wird die Festsetzung des Vereinbarungsinhalts im Konfliktfall zur Aufgabe des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums gemäß § 89a auf Bundesebene. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 inzwischen vorliegt.

§ 115c

Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

(1) [1] Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschläge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. [2] Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlag anzugeben. [3] Abweichungen in den Fällen der Sätze 1 und 2 sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.

(2) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.

§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) [1] Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. [2] Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. [3] In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

[2] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. [2] Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 116

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

[1] Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Absatz 1 Satz 3 oder 4 in einer

stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. [2] Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.

§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

[1] Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. [2] Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.

§ 116b

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) [1] Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. [2] Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie
   a) onkologische Erkrankungen,
   b) rheumatologische Erkrankungen,
   c) HIV/AIDS,
   d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4),
   e) Multiple Sklerose,
   f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
   g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
   h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder
   i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

   bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
   a) Tuberkulose,
   b) Mukoviszidose,
   c) Hämophilie,
   d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
   e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
   f) biliäre Zirrhose,
   g) primär sklerosierende Cholangitis,

h) Morbus Wilson,
i) Transsexualismus,
j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
k) Marfan-Syndrom,
l) pulmonale Hypertonie,
m) Kurzdarmsyndrom oder
n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie

3. hochspezialisierte Leistungen wie
   a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
   b) Brachytherapie.

[3] Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) [1] An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. [2] Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. [3] Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. [4] Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. [5] Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. [6] Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. [7] Nach Satz 4 berechtigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. [8] Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 7 genannten Stellen zu melden. [9] Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. [10] Die Sätze 4, 5 und 8 gelten entsprechend.

(3) [1] Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). [2] Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der

Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. [3] Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. [4] Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. [5] Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. [6] Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. [7] Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. [8] Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. [2] Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. [3] In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. [4] Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3. [5] Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. [6] Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. [7] Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. [8] Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. [9] Zudem kann er für die Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. [10] Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. [11] Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder

b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

[12] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines

Richtlinienbeschlusses, der für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a oder Buchstabe b getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen. [13] Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.

(5) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. [2] Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.

(6) [1] Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. [2] Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. [3] Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. [4] Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. [5] Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. [6] Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. [7] **Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** [8] Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. [9] Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. [10] Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. [11] Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. [12] Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. [13] Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. [14] Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. [15] In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(7) [1] Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. [2] Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. [3] Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. [4] Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. [5] Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. [6] Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. [7] Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) [1] Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten weiter. [2] Bestimmungen nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. [3] Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.

(9) [1] Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. [2] Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. [3] Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. [4] Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 6 Satz 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 116b Absatz 6 (Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenüber greifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten.

§ 117

Hochschulambulanzen

(1) [1] Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen

1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie
2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen,

ermächtigt. [2] In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. [3] Der Spitzenverband Bund der Kran-

kenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. [4] Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. [5] **Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** [6] Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.

(2) [1] Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. [2] Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(3) [1] Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, ermächtigt, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. [2] Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. [3] Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 1 entsprechend.

(4) [1] Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen nach den Absätzen 1 und 2 sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2] § 137c Absatz 3 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 1 Satz 5 und Aufheben von Satz 6 bis 8:

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 117 Absatz 1 (Vereinbarung zur Versorgung durch Hochschulambulanzen) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 inzwischen vorliegt.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Absatz 4 wie folgt:

Vor dem Hintergrund, dass aus der historischen Entwicklung heraus (Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) die Hochschulambulanzen dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet werden, gilt dort im Grundsatz das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Absatz 1. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – ausdrücklich anerkannt hat.

Im Zuge der Erweiterung des § 117 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211), durch die Hochschulambulanzen nunmehr auch zur ambulanten Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ermächtigt sind, ist – vergleichbar zur Regelung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b Absatz 1 Satz 3 – die Einführung einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch für die von den Hochschulambulanzen angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sachgerecht. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Zugang zu den Hochschulambulanzen in der Regel eine Überweisung eines Facharztes voraussetzt und die Patientinnen und Patienten wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen. Vergleichbar zu den an der ASV teilnehmenden Ambulanzen ist die Leistungserbringung auch bei den Hochschulambulanzen geprägt von hoher Spezialisierung,

Interdisziplinarität und Kooperation. Insofern ist die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt eine folgerichtige Weiterentwicklung für die Versorgung durch die Hochschulambulanzen.
Entsprechend der geltenden Vorgaben für die stationäre Versorgung in § 137c Absatz 3 soll auch für die ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen gelten, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat, angewandt werden dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert ist. Die Notwendigkeit einer Aufnahme ins Krankenhaus, die nach § 39 Absatz 1 Satz 2 Voraussetzung für einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist, gilt demgegenüber nicht für die ambulante Behandlung in einer Hochschulambulanz.

§ 118

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) [1] Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. [2] Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. [3] Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) [1] Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. [3] **Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** [4] Absatz 1 Satz 3 gilt. [5] Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.

(3) [1] Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend. [2] In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,

1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,
2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie
3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.

[3] Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. [4] Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erfolgen.

(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 2 Satz 3 und Aufheben von Satz 4 und 5:

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 118 Absatz 2 (Vereinbarung zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen) aufgrund der Einführungen einer ein-

heitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da der Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 inzwischen vorliegt.

§ 118a

Geriatrische Institutsambulanzen

(1) [1] Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. [2] Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. [3] Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

1. Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten nach Nummer 2,
2. die Gruppe derjenigen geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung nach Nummer 1 bedürfen,
3. sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und
4. in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

[2] **Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.**

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 2 Satz 2:

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 118a Absatz 2 (Vereinbarung zur Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 inzwischen vorliegt.

§ 119

Sozialpädiatrische Zentren

(1) [1] Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. [2] Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) [1] Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. [2] Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 119a

Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

[1] 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. [2] Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. [3] In dem Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. [4] Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

§ 119b

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) [1] Stationäre Pflegeeinrichtungen **haben** einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern **zu** schließen. [2] Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 **innerhalb von drei Monaten** zu vermitteln. [3] Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. [4] Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. [5] Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. [6] Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. [7] Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. [8] **Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.**

(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

(2a) [1] **Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren.** [2] **In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden.** [3] **Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.**

(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.

(3) [1] Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. [2] Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend. [3] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.** [4] **Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.**

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 1
Sowohl im ärztlichen Bereich als auch im zahnärztlichen Bereich wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen zwischen niedergelassenen (Zahn)Ärzten und Pflegeheimen über die (zahn)ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten geschlossen. Um die Versorgung von Versicherten im Pflegeheim weiter zu verbessern, soll diese Entwicklung noch gestärkt werden. Hierzu wird die bereits in § 119b Absatz 1 Satz 1 normierte Verpflichtung der Pflegeheime, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet, indem die bisherige „Soll-Regelung" durch eine „Muss-Regelung" ersetzt wird.
Zu Satz 2
Mit dem Ziel, die Entwicklung von Kooperationen zwischen Pflegeheimen und geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu beschleunigen, wird der nach Satz 2 bestehenden Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln, wenn Pflegeheime einen Antrag auf Vermittlung solcher Verträge gestellt haben, mehr Nachdruck verliehen, indem hierfür eine Frist von drei Monaten gesetzt wird.
Zu Satz 8
Durch die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft wird die Zusammenarbeit zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung und den mit ihr kooperierenden Ärzten erleichtert. Die Regelung ist fachlich geboten, damit die ärztlichen Therapieentscheidungen auch in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Hierzu bedarf es pflegefachlicher Kompetenz. Zudem sollte die Pflege auch einen medizinischen Versorgungsbedarf rechtzeitig erkennen können, damit bedarfsgerechte ärztliche Behandlung erfolgen kann und Notfalleinweisungen vermieden werden.
Zu Absatz 2a und 2b
Die Selbstverwaltung wird in Absatz 2a verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit ihnen kooperierenden Ärzten sowie Zahnärzten zu bestimmen, damit diese elektronische Zusammenarbeit schnittstellen- und sektorübergreifend erfolgen kann. Die Anforderungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, der zugleich die Aufgaben des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wahrnimmt, vereinbart (§ 53 SGB XI). Hierbei ist das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen. Der Einsatz von Informationstechnologie vereinfacht die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und kann zur Entlastung des ärztlichen und des Pflegepersonals beitragen. Ziel ist, dass sich die Telematikinfrastruktur nach § 291a zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen entwickelt. Daher sollte sie auch für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit diesen kooperierenden Ärzten und Zahnärzten genutzt werden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung steht. Es ist erforderlich, dass dies bei der Festlegung der einheitlichen Anforderungen für die elektronische Kommunikation gemäß Absatz 2a berücksichtigt wird.
Durch diese Änderung werden keine neuen Befugnisse zur Datenverarbeitung eingeführt. Vielmehr soll die Grundlage zur Vereinbarung von einheitlichen datentechnischen Rahmenbedingungen für die nach geltenden Vorschriften im berufs- und datenschutzrechtlichen Rahmen mögliche Kommunikation zwischen den Leistungserbringern geschaffen werden.

Gemäß Absatz 2b sollen telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden. Mit den Regelungen in § 87 werden Videosprechstunden weiter ausgebaut. Für die Videosprechstunden gelten bereits Standards der technischen und fachlichen Anforderungen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 291g Absatz 4 festgelegt worden sind.

Zu Absatz 3 Satz 3 und 4

Um die Auswirkungen der Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen zu überprüfen, erhalten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband den Auftrag, die Kooperationsverträge regelmäßig gemeinsam zu evaluieren. In der von ihnen zu schließenden Vereinbarung legen sie die für den Bericht erforderlichen Daten fest. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zur Anzahl der geschlossenen Verträge, zur Anzahl der beteiligten Zahnärzte und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zur Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 87 Absatz 2j gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In den Bericht sind Aussagen zum möglichen Weiterentwicklungsbedarf der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Gegenstand der Berichterstattung sollen auch Überlegungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sein.

§ 119c

Medizinische Behandlungszentren

(1) [1] Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. [2] Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) [1] Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. [2] Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

§ 120

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) [1] Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. [2] Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. [3] Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. [4] Die Vergütung der von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. [5] Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenhaus-

träger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

(1a) [1] Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. [2] Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. [3] § 295 Abs. 1b Satz 1 gilt entsprechend. [4] Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 geregelt. [5] Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. [6] Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. [7] Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.

(2) [1] Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. [2] Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. [3] Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. [4] Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. [5] Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen.

(3) [1] Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. [2] § 295 Abs. 1b Satz 1 gilt entsprechend. [3] Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozialpädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. [4] Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23. Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.

(3a) [1] Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 **und 6** vereinbart. [2] Eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität ist nicht vorzunehmen. [3] Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 bis zum 23. Januar 2016; § 115 Absatz 3 gilt entsprechend. [4] Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung

und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.

(4) [1] Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Satz 1 oder nach Absatz 2 Satz 2 oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest; im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. [2] Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. [3] Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.

(5) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfasst, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3a Satz 1
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2
Zu Satz 2
Die Regelung sieht vor, dass die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken vereinbarte Höhe der Vergütung für die Leistungen der einzelnen Hochschulambulanz auch für alle übrigen gesetzlichen Krankenkassen im Inland gilt, wenn deren Versicherte in der entsprechenden Hochschulambulanz behandelt werden. Die Höhe der Vergütung gilt nicht für die Vergütung der Leistungen anderer Hochschulambulanzen. Mit der Regelung wird eine Forderung des Bundesrates aufgegriffen.
Zu Satz 4
Mit dieser Regelung wird eine redaktionelle Korrektur vorgenommen und eine Frist für die gesetzlich vorgesehene Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 durch Anpassung der Vereinbarungen zur Vergütung von Hochschulambulanzen erstmals bis zum 1. Juli 2017 gesetzt. Damit soll eine zeitnahe Anpassung der Vergütung der Hochschulambulanzen erreicht werden. Die Grundsätze wurden durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 9. Dezember 2016 als Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) festgesetzt. Zudem erfolgt eine dynamische Fristvorgabe zur Berücksichtigung von Änderungen der HSV-SV bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer weiterentwickelten HSV-SV. Nach § 6 der HSV-SV soll die HSV-SV nach dem Vorliegen von Daten aus zwölf Abrechnungsquartalen ab Beginn der elektronischen Übermittlung der Informationen weiterentwickelt werden. Gemäß § 120 Absatz 2 Satz 3 muss die vereinbarte Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Durch das GKV-VSG wurde auf die bisherige Vorgabe verzichtet, wonach bei der vereinbarten Vergütung der Leistungen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Einer notwendigen Anpassung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen an die HSA-SV steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht entgegen. Die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen einer Hochschulambulanz bestimmt sich vielmehr vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach der gemessen am Leistungsspektrum wirtschaftlichen Betriebsführung der Hochschulambulanzen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. Mai 2015, B 6 KA 20/14 R, zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen eines sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle). In Analogie zu den Entscheidungsgründen dieses Urteils schließt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität die Geltendmachung höherer Kosten durch eine Hochschulambulanz aufgrund ihres spezifischen Leistungsspektrums oder ihrer besonderen Kostenstruktur nicht aus, auch wenn dies im Einzelfall zu einer die maßgebliche Veränderungsrate übersteigenden Erhöhung der Vergütung führt. Wird festgestellt, dass nur mit einer bestimmten Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanz bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten ist, liegt ein Fall des § 71 Absatz 1 Satz 1 vor, da die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist.

Da zu Zwecken der Dokumentation nach Maßgabe der HSA-SV (vgl. § 3 Absatz 2 Satz 2 HSA-SV) eine Arztnummer nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 nicht verlangt werden kann, ist die Anwendung der Arzt- oder Zahnarztnummer auch kein Regelungsgegenstand der Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Hochschulambulanzen nach Absatz 2 Satz 4 zur Berücksichtigung der HSA-SV. Bei der Anpassung der Vereinbarungen nach Absatz 2 Satz 2 ist jedoch nach § 3 Absatz 2 Satz 3 bis 5 HSA-SV zu gewährleisten, dass die Kennzeichnung des Behandlungsfalls eine eindeutige Identifikation des Standortes und der Fachabteilung der HSA (sofern zuzuordnen) ermöglicht. Dabei ist die Betriebsstättennummer zu verwenden. Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 Satz 2.
Zu Absatz 4 Satz 1
Durch die Regelung wird sichergestellt, dass auch die durch die vorgesehene Änderung in § 120 Absatz 2 Satz 4 mit Frist versehene Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen der Hochschulambulanzen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 im Wege des Antragsverfahrens durch die Schiedsstelle festgesetzt werden kann.

§ 121

Belegärztliche Leistungen

(1) [1] Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. [2] Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) [1] Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. [2]Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. [3] Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
2. die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

(4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.

(5) Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.

(6) [1] Für belegärztliche Leistungen gelten die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136 bis 136b zur Qualitätssicherung im Krankenhaus bis zum Inkrafttreten vergleichbarer Regelungen für die vertragsärztliche oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung. [2] Die in der stationären Qualitätssicherung für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 und 2 sowie bei der qualitätsabhängigen Vergütung eines Krankenhauses nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes berücksichtigt. [3] Die Folgen, die diese Berücksichtigung im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt haben soll, werden zwischen diesen vertraglich vereinbart.

§ 121a

Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

(1) [1] Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) nur erbringen lassen durch

1. Vertragsärzte,

2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte,
4. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder
5. zugelassene Krankenhäuser,

denen die zuständige Behörde eine Genehmigung nach Absatz 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. [2] Satz 1 gilt bei Inseminationen nur dann, wenn sie nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht.

(2) Die Genehmigung darf den im Absatz 1 Satz 1 genannten Ärzten oder Einrichtungen nur erteilt werden, wenn sie

1. über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
2. die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) bieten.

(3) [1] Ein Anspruch auf Genehmigung besteht nicht. [2] Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Ärzten oder Einrichtungen, die sich um die Genehmigung bewerben, entscheidet die zuständige Behörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen, welche Ärzte oder welche Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) am besten gerecht werden.

(4) Die zur Erteilung der Genehmigung zuständigen Behörden bestimmt die nach Landesrecht zuständige Stelle, mangels einer solchen Bestimmung die Landesregierung; diese kann die Ermächtigung weiter übertragen.

§ 122

Behandlung in Praxiskliniken

[1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationsersetzenden Behandlungen,
2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.

[2] Die Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 sind zur Einhaltung des Vertrages nach Satz 1 verpflichtet.

§ 123 – weggefallen

Fünfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Neufassung von § 124 und § 125 sowie das Einfügen von § 125a und § 125b wie folgt:

Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.

§ 124

Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die

1. **die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss besitzen,**
2. **über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und**
3. **die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 und § 125a anerkennen.**

(2) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. [2] Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. [3] Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. [4] Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. [5] Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. [6] Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. [7] Sie hat die maßgeblichen Daten zur Zulassung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die zugelassenen Leistungserbringer informiert. [8] Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [9] Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. [10] Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung.

(3) [1] Die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 ist berechtigt, die zuzulassenden Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. [2] Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu den üblichen Praxiszeiten zu gewähren. [3] Mehrfache Praxisprüfungen durch die Arbeitsgemeinschaft sind zu vermeiden.

(4) [1] Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als für die Ersatzkassen gemäß Absatz 2 erteilte Zulassung weiter. [2] Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) [1] **Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllen, wenn sie über eine Praxisausstattung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 2 verfügen.** [2] **Einer Zulassung bedarf es nicht.** [3] **Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf.** [4] **§ 125b gilt entsprechend.**

(6) [1] **Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle anzuerkennen.** [2] **Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraums fort.** [3] **Bis zum Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 sind die geltenden Vereinbarungen nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung anzuerkennen.** [4] **Die Sätze 1 und 2 gelten für die Anerkennung der Vereinbarung nach § 125a über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung entsprechend.** [5] **Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 125a oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle ist die Anerkennung dieser Vereinbarung keine Zulassungsvoraussetzung nach Absatz 1 Nummer 3.** [6] **Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Absatz 4 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.**

Das Zulassungsverfahren bleibt im Wesentlichen erhalten, wird zum Zweck des Bürokratieabbaus jedoch dahingehend vereinfacht, dass in jedem Bundesland eine Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gebildet wird, die die Zulassungsbescheide mit Wirkung für alle Krankenkassen erteilt. Zudem sind Anpassungen auf Grund der Einführung der bundesweit geltenden Verträge und der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung erforderlich.

Absatz 1 definiert wie bisher die Heilmittel als Dienstleistung, die nur durch zugelassene Leistungserbringer abgegeben werden dürfen, und benennt zugleich die Zulassungsvoraussetzungen, die bisher in Absatz 2 geregelt waren. Durch die Nummer 1 wird nunmehr entweder die zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder ein vergleichbarer akademischer Abschluss gefordert. Dadurch wird klargestellt, dass auch Personen mit einem einschlägigen akademischen Abschluss eine Zulassung erteilt werden kann. Die bisher allein verwendete Formulierung der Berufsbezeichnung betrifft nur die Fachschulabsolventen. Welche Berufsgruppen zulassungsfähig sind, haben die Vertragspartner in ihren Verträgen nach § 125 ebenso wie die Voraussetzungen für eine zweckmäßigen und wirtschaftliche Leistungserbringung nach Nummer 2 zu vereinbaren. Darüber hinaus müssen Leistungserbringer nach Nummer 3 neben dem Vertrag über die Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 auch den Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung anerkennen, die nunmehr nach § 125a in die Regelversorgung überführt worden ist. Die erforderlichen Übergangsvorschriften sind in Absatz 6 geregelt.

Nach Absatz 2 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die erforderlichen Zulassungsentscheidungen per Verwaltungsakt trifft. Die Leistungserbringer haben sich dadurch nur noch an eine Stelle zu wenden, um ihre Zulassung zu erhalten. Die mehrfache Einreichung von Anträgen mit den notwendigen Unterlagen entfällt. Es können auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mehrerer Bundesländer eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft bilden. Die Kosten werden anteilig nach der Zahl der Versicherten nach KM 6 getragen. Die Arbeitsgemeinschaft hat dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten über die zugelassenen Leistungserbringer zu übermitteln. Die so gesammelten Daten über alle bundesweit zugelassenen Leistungserbringer hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelmäßig allen Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Das Verfahren und insbesondere die erforderlichen Fristen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden.

Durch Absatz 3 wird der Arbeitsgemeinschaft die Möglichkeit gegeben, die Erfüllung der Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei dem Leistungserbringer, der einen Antrag auf Zulassung gestellt hat, zu überprüfen. Der Leistungserbringer hat hierzu Zutritt zu seiner Praxis zu gewähren. Die Prüfung darf jedoch nur zu den üblichen Praxiszeiten erfolgen. Mehrfache Prüfungen sind zu vermeiden.

Die Regelung des Absatzes 4 entspricht dem bisherigen Absatz 7 und regelt den Bestandschutz für Zulassungen, die bis zum 30. Juni 2008 von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt worden sind.

Absatz 5 regelt, dass Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen Heilmittel abgeben dürfen, wenn sie eine Person beschäftigen, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt, und über eine zweckmäßige Praxisausstattung verfügen. Diese Regelung entspricht dem bisherigen Absatz 3. Zur Klarstellung wird aufgenommen, dass diese Einrichtungen einer Zulassung nicht bedürfen. Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen sind nunmehr die Verträge und damit auch die entsprechenden Preise, die nach § 125 Absatz 1 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geschlossen werden, anzuwenden. Durch den Verweis auf die entsprechende Geltung von § 125b gelten auch für diese Einrichtungen ab dem 1. Juli 2019 die bundesweit einheitlichen Preise. Die Fortgeltung der bisherigen Verträge bis zum Abschluss der bundesweiten Verträge ist durch den Verweis auf § 125b ebenfalls geregelt. Absatz 6 regelt die erforderlichen Übergangsbestimmungen für das Zulassungsverfahren, bis die Verträge nach dem neuen § 125 und § 125a abgeschlossen sind. Bis zu deren Inkrafttreten sind die bisherigen Verträge für eine Zulassung anzuerkennen. Tritt der bundesweit geltende Vertrag nach § 125 Absatz 1 in Kraft, haben die bereits zugelassenen Leistungserbringer diesen Vertrag innerhalb von sechs Monaten anzuerkennen. Dies ist notwendig, da die Leistungserbringer einer vertraglichen Grundlage bedürfen, um Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben. Da die bisherigen Verträge nicht mehr gelten, wird die Anerkennung dieser Verträge hinfällig. Wird der Vertrag nach § 125 Absatz 1 nicht innerhalb der Übergangsfrist von sechs Monaten anerkannt, dürfen die Leistungserbringer keine Leistungen mehr abgeben. Gleiches gilt für die Anerkennung des Vertrages nach § 125a zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages ist die Anerkennung keine Zulassungsvoraussetzung.
Auf Grund der bundesweiten Geltung der Verträge nach § 125 Absatz 1 können nunmehr auch die Zulassungsbedingungen nach Absatz 1 einheitlich in dem jeweiligen Vertrag geregelt werden. Bis die Verträge in Kraft treten, sind für die Prüfung der Zulassungsvoraussetzung die Zulassungsempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach dem bisherigen Absatz 4 anzuwenden.
Entspricht dem Gesetzentwurf.

§ 125

Verträge

(1) [1] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel.** [2] **Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen.** [3] **Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Juli 2020 zu schließen.** [4] **Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen.** [5] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.**

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. **die Preise der einzelnen Leistungspositionen sowie einheitliche Regelungen für deren Abrechnung,**
2. **die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung,**
3. **die erforderlichen Weiterbildungen der Leistungserbringer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie,**
4. **der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,**
5. **Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,**
6. **der Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt,**

7. die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer,
8. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung,
9. Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte; zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf dessen Anforderung eine Statistik über die im Rahmen von § 165 des Siebten Buches erfolgten Meldungen zu übersenden, die insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten soll, sowie
10. personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne des § 124 Absatz 1 Nummer 2 gewährleisten, wobei insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbart werden können.

(3) [1] Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die auszuhandelnden Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. [2] Sie haben bei der Vereinbarung der Preise für die einzelnen Leistungspositionen unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:

1. die Entwicklung der Personalkosten,
2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie
3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.

[3] § 71 findet keine Anwendung.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 sollen eine gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung einer barrierefreien Praxis abgeben.

(5) [1] Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Juli 2020 oder bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf die Preise für die einzelnen Leistungspositionen oder eine Anpassung dieser Preise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt. [2] Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, sind neben der Festsetzung der Preise auch Zahlbeträge zu beschließen, durch die Vergütungsausfälle ausgeglichen werden, die bei den Leistungserbringern durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind. [3] Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(6) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [3] Auf Seiten der Heilmittelerbringer erfolgt die Besetzung der Schiedsstelle für jeden Leistungsbereich getrennt voneinander. [4] Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. [5] Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. [6] Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. [7] Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. [8] Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 89 Absatz 7 Satz 3 entsprechend. [9] Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst. [10] § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend. [11] Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. [12] Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem

Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. [13] Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

(7) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern, deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit kurortspezifischen Heilmitteln schließen. [2] Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(8) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Heilmittelbereich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln schließen, soweit die Verträge nach Absatz 1 dem nicht entgegenstehen.

(9) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen einen Vertrag über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

Absatz 1 bestimmt, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig grundsätzlich auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossen werden. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen, so dass für jeden Bereich nur noch ein Vertrag besteht. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen. Als maßgeblich sind für die erstmaligen Verhandlungen insbesondere die Verbände oder Organisationen anzusehen, die bereits nach dem bisherigen Recht als maßgeblich eingestuft worden sind und am Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in seiner bisherigen Fassung beteiligt waren oder sich haben vertreten lassen. Die bundesweiten Verträge gelten ab dem 1. Juli 2020. Um eine Transparenz über die Verträge zu gewährleisten, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Verträge mit den jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

Durch Absatz 2 werden Vorgaben für die in den Verträgen zu regelnden Inhalte gemacht. Diese entsprechen im Wesentlichen den bisher in § 125 Absatz 1 und 2 genannten Inhalten. Da die Verträge künftig auf Bundesebene abgeschlossen werden, sind die Rahmenempfehlungen nicht mehr erforderlich. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus den erforderlichen Zeiten für die Behandlung des Versicherten sowie für die Vor- und Nachbereitung der Behandlung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen und diese Zeit ausreichend vergütet wird. Im Zusammenhang mit den Vorgaben zu den Vergütungsstrukturen sollten bisher in den Rahmenempfehlungen auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte gemacht werden. Weil die Umsetzung in der Praxis zu erheblichen Problemen geführt hat, wird nunmehr vorgegeben, dass zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte eine von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zu erstellende Statistik zu verwenden ist. Diese Statistik basiert auf den Meldungen, die die Arbeitgeber an die Berufsgenossenschaften im Rahmen der Umlage nach § 165 Siebentes Buch für die Berechnung der Beiträge vorzunehmen haben. Die Statistik muss die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten. Rückschlüsse auf einzelne Unternehmen oder Arbeitnehmer lässt die Statistik nicht zu. Die Statistik hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege anzufordern.

Darüber hinaus haben die Vertragspartner die personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen zu vereinbaren, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleisten und damit zur Abgabe von Heilmittelleistungen an Versicherte berechtigen. Die hierzu zu treffenden Regelungen ersetzen die bisherige Zulassungsempfehlung. Die einheitliche Regelung ist durch die bundesweite Geltung des Vertrages nunmehr möglich. Dabei ist darauf zu achten, dass keine zu einschränkende Reglementierung erfolgt. Detaillierte Vorgaben zum Beispiel zur Raumgröße oder Deckenhöhe sind im Regelfall verzichtbar. Auch die Vereinbarung von Richtwerten ist

möglich, so dass die zulassende Arbeitsgemeinschaft eine Gesamtbetrachtung der räumlichen Begebenheiten vorzunehmen hat.
Durch Absatz 3 wird den Vertragspartnern dauerhaft mehr Flexibilität bei den Preisvereinbarungen ermöglicht. Die bisher auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 beschränkte Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate nach § 71 wird entfristet. Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes betreffen und damit deutlich besser die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.
Nach Absatz 4 sollen die Vertragspartner eine Empfehlung erarbeiten, die die Voraussetzungen für eine barrierefreie Praxis beschreibt. Für die Leistungserbringer dient diese Empfehlung als Orientierungshilfe. Eine Verbindlichkeit resultiert daraus nicht. Auch können nur einzelne der ausgesprochenen Empfehlungen durch die Praxisinhaber umgesetzt werden.
Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht bis zum 1. Juli 2020 oder bis zum Ablauf einer vereinbarten Vertragslaufzeit einigen, sieht Absatz 5 die Festsetzung des Vertragsinhaltes oder der Preise durch eine Schiedsstelle vor. Damit verbunden ist eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens im Heilmittelbereich. Statt der unabhängigen Schiedsperson, die nach derzeit geltendem Recht bei Nichteinigung zwischen den Verhandlungs- beziehungsweise Vertragsparteien durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen ist, erfolgt die Konfliktlösung künftig über eine Schiedsstelle. Angesichts der bundesweiten Bedeutung, die der Ausgang von Schiedsverfahren künftig für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat, soll die Verantwortung für den Schiedsspruch nicht einer einzelnen Person überlassen bleiben. Zudem gibt es für die Schiedsstelle eine Aufsichtsbehörde, so dass hierdurch ein effektives Verfahren sichergestellt werden kann. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Dauert das Schiedsverfahren länger als drei Monate, hat die Schiedsstelle neben den Preisen auch Zahlbeträge festzulegen. Bei den Zahlbeträgen wird die fehlende Vergütungssteigerung, die durch die verspätete Entscheidung der Schiedsstelle entstanden ist, für einen bestimmten Zeitraum auf die festgelegten Preise aufgeschlagen und damit ausgeglichen. Eine Rückwirkung der Entscheidung durch die Schiedsstelle würde zu einem erheblichen Aufwand auf Grund der erforderlichen Korrekturen von bereits abgerechneten Leistungen und rückwirkenden höheren Zuzahlungsbeträgen führen, so dass hiervon abzusehen ist. Durch die Festsetzung von Zahlbeträgen soll ein schnelles und stringentes Schiedsverfahren gewährleistet werden. Kann die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden, soll dies nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen.
Absatz 6 enthält die Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Schiedsstelle. Um zu gewährleisten, dass die Schiedsstelle rechtzeitig gebildet wird, ist hierfür eine Frist bis zum 15. November 2019 vorgesehen. Die Schiedsstelle setzt sich neben den Unparteiischen aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer zusammen. Um sicherzustellen, dass im Schiedsverfahren nur Vertreter des jeweiligen Leistungsbereichs in der Schiedsstelle sitzen, variiert die Besetzung auf Seiten der Heilmittelerbringer in Abhängigkeit zu dem jeweiligen Heilmittelbereich. Die unparteiischen Mitglieder sind für alle Heilmittelbereiche zuständig. Die vierjährige Amtsdauer soll die Kontinuität der Schiedsstelle gewährleisten. Bei einer fehlenden Einigung auf die unparteiischen Mitglieder erfolgt die Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die Aufsichtsbehörde. Durch den Verweis auf § 89 Absatz 7 Satz 3 kann die zuständige Aufsichtsbehörde die unparteiischen Mitglieder aus wichtigen Grund abberufen. Die Kosten der Schiedsstelle sind von den jeweiligen Vertragsparteien, die am Verfahren beteiligt sind, jeweils zur Hälfte zu tragen. Die Kosten, die den Vertragsparteien durch die bestellten Vertreter entstehen, haben diese selbst zu tragen. Durch den Verweis auf die Geltung der Regelungen nach § 129 Absatz 9 hat sich die Schiedsstelle auch eine Geschäftsordnung zu geben. In dieser können auch die Anzahl der Vertreter der Vertragsparteien in der Schiedsstelle geregelt werden. Diese können nach Heilmittelbereich auf Grund der unterschiedlichen Anzahl an beteiligten Verbänden variieren. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle wie auch gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt, um ein zügiges Schiedsverfahren gewährleisten zu können.
Durch Absatz 7 wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ermächtigungsgrundlage gegeben, mit den Leistungserbringern von kurortspezifischen Heilmitteln im Sinne des § 23 Absatz 2 Verträge über die Versorgung mit diesen Heilmitteln zu schließen. Die kurortspezifischen Heilmittel sich nicht Gegenstand der Verträge nach Absatz 1. Bisher konnten diese Leistungserbringer unter die Einrichtungen nach dem bisherigen § 124 Absatz 3 subsumiert werden. Da für diese nach den neuen Regelungen die Verträge nach § 125 Absatz 1 entsprechend gelten, die kurortspezifischen Heilmittel jedoch nicht sinnvoll auf Bundesebene geregelt werden können,

ist eine eigene Ermächtigungsgrundlage zum Abschluss eines Vertrages erforderlich. Durch der Verweis auf die Absätze 2 und 3 wird auch für diese Verträge die Bindung an die Grundlohnsumme unbefristet aufgehoben.
Absatz 8 eröffnet den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Möglichkeit, Versorgungsmodelle zu schaffen, die die Qualität und Struktur in der Versorgung mit Heilmitteln weiterentwickeln, indem sie mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene Verträge hierzu abschließen. Die Verträge auf Bundesebene nach Satz 1 dürfen den Verträgen nach dem hiesigen Absatz nicht entgegenstehen.
Der Absatz 9 zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Physiotherapie entspricht dem bisherigen § 125 Absatz 2a.

§ 125a

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. [2] Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. [3] Die Verträge sind bis zum 15. November 2020 zu schließen. [4] Gegenstand der Verträge ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. [5] Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen. [6] Im Übrigen sind Abweichungen von dieser Richtlinie nur in dem von den Vertragspartnern nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbarten Umfang möglich. [7] Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [8] Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 7 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. **alle Indikationen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,**
2. **Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,**
3. **einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,**
4. **Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,**
5. **Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,**
6. **Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie**
7. **Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.**

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 15. November 2020 zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge nach Absatz 1 zu veröffentlichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform der erweiterten Versorgungsverantwortung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(6) [1] Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. [2] Die Evaluierung hat durch einen durch die Vertragspartner gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. [3] Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankoverordnung" bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.

Absatz 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 15. November 2020 einen Vertrag über die Versorgungsform der „Blankoverordnung" zu schließen. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen. Bei der Auswahl der Therapie darf der Heilmittelerbringer nur zwischen den Maßnahmen wählen, die der Heilmittelkatalog als Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Diagnosegruppe vorsieht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hinsichtlich der Bestimmung der geeigneten Diagnosen und der Festlegung von Vorgaben, wann ein erneuter Arztkontakt erforderlich ist und wie der verordnende Arzt über die erfolgte Behandlung zu informieren ist, ist mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.

Die wesentlichen Inhalte, die der Vertrag nach Absatz 1 enthalten muss, sind in Absatz 2 dargelegt. So haben die Vertragspartner alle Indikationen festzulegen, für die die sogenannte „Blankoverordnung" ausgestellt werden kann. Maßgeblich für diese Festlegung ist die Bewertung, ob sich die jeweilige Indikation unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für diese Versorgungsform eignet. Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und inwieweit der Leistungserbringer auch die Dauer der jeweiligen Behandlungseinheit bestimmen kann und wie diese abzurechnen ist. Um dem Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu ermöglichen, haben sich die Vertragspartner auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen dem Leistungserbringer eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur jeweiligen Diagnose sein. Auch sind Vorgaben zur Information des Arztes über die Behandlung und zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes zu machen.

Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung" die Verantwortung, dass keine medizinisch unbegründete Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährleistet bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen.

Sofern ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zustande kommt, verweist der Absatz 3 auf die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6.
Durch den Absatz 4 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dazu verpflichtet, die Verträge zu veröffentlichen und diese auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kenntnis zu geben. Der Absatz 5 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, aufgrund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 eine Schnellinformation für die sogenannte „Blankoverordnung“ sowie für die nach Absatz 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankoverordnung“ zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung müssen zwingend veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen. Die Versorgungsform nach § 125a ist nach Absatz 6 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Für die Evaluierung haben die Vertragspartner einen externen Dritten zu beauftragen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

§ 125b

Bundesweit geltende Preise

(1) [1] Die Verträge nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 des jeweiligen Heilmittelbereichs oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. Juli 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise gelten. [2] Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

(2) [1] Ab dem 1. Juli 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebietes vereinbart worden ist. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat sich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die bundesweit geltenden Preise zu verständigen. [3] § 71 findet keine Anwendung. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die nach diesem Absatz festgesetzten Preise bis zum 30. Juni 2019 zu veröffentlichen. [5] Erfolgt keine Veröffentlichung der Preise bis zum Ablauf der in Satz 4 genannten Frist, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Preise festsetzen; es kann dazu die Übermittlung aller bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Preise oder der bereits abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangen. [6] Die Preise gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020. Einer gesonderten Kündigung bedarf es nicht.

(3) [1] Die Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des jeweiligen Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle. [2] Einer Kündigung der Rahmenempfehlungen bedarf es nicht.

In § 125b wird eine bundesweite Anpassung der Preise geregelt, die die Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Bundesebene nach § 125 bildet. Zudem wird eine Übergangsregelung für den Zeitpunkt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Wirksamwerden des bundesweiten Vertrages am 1. Juli 2020 geschaffen.
Mit Absatz 1 wird sichergestellt, dass die bisherigen Verträge auf Landesebene bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 des jeweiligen Heilmittelbereichs oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle weitergelten. Dies betrifft insbesondere Verträge, deren vereinbarte Laufzeiten vorher enden. Die Fortgeltung findet unter der Maßgabe statt, dass ab dem 1. Juli 2019 die Preise nach Absatz 2 gelten. Zudem wird geregelt, dass alle laufenden Verträge mit Inkrafttreten des bundesweiten Vertrages enden, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Aufhebung von laufenden Verträgen ist verhältnismäßig. Zweck der Verlagerung der Vertragskompetenz auf die Bundesebene besteht darin, durch bundesweit einheitliche Regelungen zum Stichtag 1. Juli 2020 eine dauerhafte Gleichbehandlung aller Erbringer von Heilmittelleistungen zu gewährleisten. Dieser

Zweck würde unterlaufen, wenn einzelne Verträge über diesen Zeitpunkt hinaus weiterlaufen würden. Durch Absatz 2 wird die für die Verhandlungen auf Bundesebene notwendige Ausgangsbasis geschaffen, indem die bisher zwischen den Kassenarten und Vertragsregionen stark voneinander abweichenden Preise für Heilmittelleistungen vereinheitlicht werden. Zum 1. Juli 2019 werden die Preise für die einzelnen Leistungspositionen einmalig und bundeseinheitlich für alle Krankenkassen und Vertragsregionen auf den höchsten, in einer Vertragsregion des gesamten Bundesgebietes vereinbarten Preis angehoben. Dabei ist maßgeblich, dass der Preis bereits vertraglich vereinbart worden ist, auch wenn die Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollte. Dadurch wird sichergestellt, dass im Zuge der Angleichung der Preise die Leistungserbringer auf keine bereits vereinbarten Preissteigerungen verzichten müssen. Um ein zügiges Verfahren zur Ermittlung der bundesweit geltenden Preise zu gewährleisten, haben sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die geltenden Preise zu verständigen. Die Preise sind bis zum 30. Juni 2019 zu veröffentlichen und gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020. Für die Anwendbarkeit der Preise ab dem 1. Juli 2019 (zum Beispiel ob das Datum der Verordnung oder das Datum der Behandlung maßgeblich ist) gelten die vertraglichen Regelungen.

Sollte eine Veröffentlichung der Preise nicht bis zum 30. Juni 2019 erfolgt sein, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Preise im Rahmen einer Ersatzvornahme festsetzen, um eine zügige Geltung der bundesweit einheitlichen Preise zu gewährleisten. Hierfür hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anforderung eine Aufstellung aller vereinbarten Preise an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

Absatz 3 regelt, dass die Rahmenempfehlungen nach dem bisherigen § 125 Absatz 1 bis zum Inkrafttreten der Verträge nach dem neuen § 125 Absatz 1 oder bis zu einer Entscheidung durch die Schiedsstelle gelten, auch ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Sechster Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln

§ 126

Versorgung durch Vertragspartner

(1) [1] Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 **Absatz 1 und 3** abgegeben werden. [2] Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.

(1a) [1] Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind. [2] Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle); bei Verträgen nach § 127 Absatz 3 kann der Nachweis im Einzelfall auch durch eine Feststellung der Krankenkasse erfolgen. [3] Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats oder eine Feststellung der Krankenkasse nach Satz 2 zweiter Halbsatz, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen. [4] Bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 haben die Präqualifizierungsstelle im Rahmen ihrer Zertifizierungstätigkeit und die Krankenkasse bei ihrer Feststellung die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 zu beachten. [5] Die Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen. [6] Erteilte Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle oder die Stelle nach Absatz 2 Satz 6 aufgrund von Überwachungstätigkeiten im Sinne der DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, feststellt, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. [7] Die erteilenden Stellen dürfen die für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. [8] Sie haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend seiner Vorgaben über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten. [9] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen sowie der nationalen Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 bekannt zu geben.

(2) [1] Als Präqualifizierungsstellen dürfen nur Zertifizierungsstellen für Produkte, Prozesse und Dienstleistungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, tätig werden, die die Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 beachten und von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind. [2] Die Akkreditierung ist auf höchstens fünf Jahre zu befristen. [3] Die Akkreditierung erlischt mit dem Ablauf der Frist, mit der Einstellung des Betriebes der Präqualifizierungsstelle oder durch Verzicht der Präqualifizierungsstelle. [4] Die Einstellung und der Verzicht sind der nationalen Akkreditierungsstelle unverzüglich mitzuteilen. [5] Die bisherige Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, die Leistungserbringer, denen sie Zertifikate erteilt hat, über das Erlöschen ihrer Akkreditierung zu informieren. [6] Die Leistungserbringer haben umgehend mit einer anderen Präqualifizierungsstelle die Fortführung des Präqualifizierungsverfahrens zu vereinbaren, der die bisherige Präqualifizierungsstelle die ihr vorliegenden Antragsunterlagen in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen hat. [7] Das Bundesministerium für Gesundheit übt im Anwendungsbereich dieses Gesetzes die Fachaufsicht über die nationale Akkreditierungsstelle aus. [8] Präqualifizierungsstellen, die seit dem 1. Juli 2010 Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen, haben

spätestens bis zum 31. Juli 2017 einen Antrag auf Akkreditierung nach Satz 1 zu stellen und spätestens bis zum 30. April 2019 den Nachweis über eine erfolgreiche Akkreditierung zu erbringen. [9] Die nationale Akkreditierungsstelle überwacht die Einhaltung der sich aus der DIN EN ISO/IEC 17065 und den Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 für die Präqualifizierungsstellen ergebenden Anforderungen und Verpflichtungen. [10] Sie hat die Akkreditierung einzuschränken, auszusetzen oder zurückzunehmen, wenn die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen für die Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt oder ihre Verpflichtungen erheblich verletzt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend. [11] Für die Prüfung, ob die Präqualifizierungsstellen ihren Verpflichtungen nachkommen, kann die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 auf Informationen der Krankenkassen oder des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, berufsständischer Organisationen und Aufsichtsbehörden zurückgreifen.

(3) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 Satz 1 wie folgt:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1a – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Satz 4, 6 und 8
Durch die Neuregelung in Satz 2 wird verbindlich festgelegt, dass der Nachweis der Leistungserbringer für die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nur durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle), die nach Absatz 2 ein Akkreditierungsverfahren durchlaufen hat, geführt werden kann. Künftig werden Präqualifizierungsstellen durch die nationale Akkreditierungsstelle als Zertifizierungsstellen akkreditiert. Dies hat zur Folge, dass die vormaligen Bestätigungen der Präqualifizierungsstellen als Zertifikate zu bezeichnen sind.
Für Leistungserbringer, die nur in Einzelfällen auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 3 an der Versorgung der Versicherten beteiligt sind, kann ein Präqualifizierungsverfahren mit einem unangemessenen Aufwand verbunden sein. Diese Leistungserbringer können daher ihre Eignung auch direkt gegenüber der Krankenkasse nachweisen.
In Satz 4 wird klargestellt, dass die Präqualifizierungsstellen auch weiterhin die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln zu beachten haben. Ohne diese Empfehlungen wäre eine einheitliche und sachgerechte Prüfungstätigkeit der Präqualifizierungsstellen nicht gewährleistet. Derzeit sind die Präqualifizierungsstellen aufgrund der Präqualifizierungsvereinbarung nach § 126 Absatz 1a Satz 3 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen und ihrer Benennungsvereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband zur Beachtung der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 verpflichtet. Da diese Vereinbarungen künftig entfallen, ist eine Klarstellung erforderlich.
Wie schon nach bisherigem Recht, hat eine Präqualifizierungsstelle nach den Sätzen 6 und 7 von ihr ausgestellte Zertifikate (bisher Bestätigungen) einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn der Leistungserbringer die Eignungsanforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt.
Die in Satz 8 enthaltene Verpflichtung der Präqualifizierungsstellen zur Datenlieferung an den GKV-Spitzenverband ergibt sich derzeit aus der Präqualifizierungsvereinbarung nach § 126 Absatz 1a Satz 3 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie der Benennungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Präqualifizierungsstelle. Da diese Vereinbarungen entfallen, ist zu regeln, dass die Präqualifizierungsstellen dem GKV-Spitzenverband weiterhin nach dessen technischen Vorgaben die Präqualifizierungsdaten zu übermitteln haben. Anderenfalls könnte dieser die Daten nicht wie bisher verarbeiten und dann an die Krankenkassen weiterleiten. Eine ordnungsgemäße Datenübermittlung durch die akkreditierten Präqualifizierungsstellen ist für die Durchführung der Verträge der Krankenkassen nach § 127 unverzichtbar.
Die Feststellung, ob die Präqualifizierungsstellen ihrer Pflicht zur ordnungsgemäßen Datenübermittlung nachkommen, ist nach Satz 9 ein Bestandteil der Überwachung der Präqualifizierungsstellen. Die Überwachung war bisher Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes. Dieser konnte aufgrund der von den Präqualifizierungsstellen an ihn übermittelten Daten feststellen, ob die Präqualifizierungsstellen ihre Pflicht zur Datenübermittlung eingehalten haben. Künftig obliegt der nationalen Akkreditierungsstelle die Überwachung der Präqualifizierungsstellen. Deshalb bedarf es einer Regelung, nach welcher der GKV-Spitzenverband die von den Präqualifizierungsstellen übermittelten Daten auch an die nationale Akkreditierungsstelle weitergeben darf.
Zu Absatz 2 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Satz 6 und Anfügen von Satz 11
Mit dem GKV-OrgWG wurde in Absatz 1a (alt) die Rechtsgrundlage für ein Präqualifizierungsverfahren geschaffen, in dem Leistungserbringer ihre Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachwei-

sen können. Bislang wurden die Einzelheiten des Verfahrens durch den GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in einer Präqualifizierungsvereinbarung niedergelegt.

Es hat sich allerdings gezeigt, dass die Art und Weise, wie das in Absatz 1a verankerte Präqualifizierungsverfahren in der Praxis umgesetzt wird, optimiert werden sollte. Insbesondere wird auch die Überwachung der Präqualifizierungsstellen als unzureichend angesehen.

Angesichts der Bedeutung des Präqualifizierungsverfahrens für die Gewährleistung der Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung wird in Absatz 2 ein Akkreditierungsverfahren eingeführt, das die Präqualifizierungsstellen erfolgreich durchlaufen müssen, ehe sie Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen dürfen.

In Satz 1 wird geregelt, dass als Präqualifizierungsstellen nur Zertifizierungsstellen zuzulassen sind, die von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind. Als nationale Akkreditierungsstelle der Bundesrepublik Deutschland handelt nach der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 und dem AkkStelleG die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS). Voraussetzung der Akkreditierung ist, dass die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen der entsprechenden internationalen Normen erfüllt, hier der DIN EN ISO/IEC 17065, die sich auf Stellen bezieht, die Produkte, Prozesse und Dienstleistungen zertifizieren. Weiter hat die Präqualifizierungsstelle bei ihren Entscheidungen die nach Produkt- und Leistungsbereichen differenzierten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 für eine einheitliche Anwendung der Eignungsvoraussetzungen zu beachten und Präqualifizierungsdaten vollständig an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln, damit dieser sie sachgerecht aufbereiten und an die Krankenkassen weiterleiten kann (vgl. Absatz 1a Satz 8 und 9).

Für die Gültigkeit der Akkreditierung ist nach Satz 2 ein Zeitraum von fünf Jahren vorgesehen.

In den Sätzen 3 und 4 ist vorgesehen, dass die Akkreditierung zum einen durch den Ablauf ihrer Geltungsdauer erlöschen kann. Zum anderen kann sie erlöschen bei einem Verzicht der Präqualifizierungsstelle auf ihre Akkreditierung und die tatsächliche oder rechtliche Einstellung des Betriebs, etwa infolge einer Insolvenz. Darüber hat die Präqualifizierungsstelle die nationale Akkreditierungsstelle zu informieren, damit diese überwachen kann, dass keine Zertifikate mehr ausgestellt werden und die Präqualifizierungsstelle ihren Verpflichtungen gegenüber den Leistungserbringern nach den Sätzen 5 und 6 nachkommt. Die nationale Akkreditierungsstelle kann den GKV-Spitzenverband über das Erlöschen der Akkreditierung in Kenntnis setzen.

Im Fall des Erlöschens ihrer Akkreditierung muss die ehemalige Präqualifizierungsstelle nach den Sätzen 5 und 6 auch die betroffenen Leistungserbringer umgehend informieren, damit diese mit einer anderen Präqualifizierungsstelle eine entsprechende Vereinbarung treffen. Um den Aufwand für die Leistungserbringer zu verringern, hat die bisherige Präqualifizierungsstelle die ihr vorliegenden Informationen und Unterlagen zu den Leistungserbringern an deren neue Präqualifizierungsstelle zu übermitteln.

Dem Bundesministerium für Gesundheit wird nach den Sätzen 7 und 8 im Geltungsbereich des SGB V die Fachaufsicht über die DAkkS übertragen. Damit folgt der Gesetzgeber den Vorgaben zur Aufsicht über die Akkreditierungsstelle nach § 2 Satz 1 Nummer 4 der AkkStelleGBV. Die Vorgabe eines zeitlichen Rahmens für die Stellung eines Antrags auf Akkreditierung sowie für die Führung eines Nachweises über eine erfolgreiche Akkreditierung in Satz 8 gewährleistet, dass sämtliche nach der bisherigen Präqualifizierungsvereinbarung seit dem 1. Juli 2010 benannten Präqualifizierungsstellen verpflichtet sind, sich einem Akkreditierungsverfahren zu unterziehen.

Die nationale Akkreditierungsstelle erhält nach den Sätzen 9 und 10 den Auftrag, die Präqualifizierungsstellen nach der Akkreditierung dahingehend zu überwachen, ob sie die in Satz 1 genannten Anforderungen weiterhin einhalten. Sofern sie feststellt, dass dies nicht der Fall ist, hat sie zu entscheiden, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Akkreditierung der Präqualifizierungsstelle zu ergreifen sind.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 4

Diese Klarstellung bezieht sich darauf, dass nach der Akkreditierung die Beachtung der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgaben und Anpassung von Hilfsmitteln durch die Präqualifizierungsstellen künftig im Rahmen der Zertifizierungstätigkeiten nach der DIN EN ISO/IEC 17065 zu erfolgen hat und damit ein Gegenstand der Überwachung durch die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 9 und 10 wird.

Die Präqualifizierungsstelle muss mit ihrem Antrag auf Akkreditierung nachweisen, dass sie über ein Verfahren verfügt, um die insoweit erforderlichen Überwachungsaktivitäten wirksam durchzuführen. Anlässe für Überwachungsaktivitäten und die hinsichtlich der Zertifikate zu ergreifenden Maßnahmen können sich sowohl aus eigenen Erkenntnissen der Präqualifizierungsstelle als auch aus Hinweisen Dritter, etwa von Krankenkassen oder Handwerkskammern ergeben.

Zu Satz 6
Sollte die Akkreditierung der ursprünglich zuständigen Präqualifizierungsstelle (erteilende Stelle) während der Gültigkeitsdauer des von ihr erteilten Zertifikats erlöschen, sind diese Aufgaben von der Präqualifizierungsstellte wahrzunehmen, mit der der Leistungserbringer die Fortführung seines Präqualifizierungsverfahrens vereinbart hat (Stelle nach Absatz 2 Satz 6).
Zu Satz 8
Es wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) für die Datenübermittlung nicht nur das Format, sondern auch weitere Kriterien vorgeben kann, wie etwa die Fristen, innerhalb derer die Daten zu übermitteln sind.
Zu Absatz 2
Zu Satz 6
Für den Fall, dass die Akkreditierung einer Präqualifizierungsstelle erlischt, ist ein Leistungserbringer, dem diese Stelle ein Zertifikat erteilt hat, verpflichtet eine andere Präqualifizierungsstelle zu wählen, die dann für ihn zuständig ist. Damit wird sichergestellt, dass auch weiterhin eine Einschränkung, Aussetzung oder Zurückziehung eines Zertifikats gemäß Absatz 1a Satz 6 erfolgen kann, soweit dies erforderlich ist.
Zum neuen Satz 11
Damit die nationale Akkreditierungsstelle ihrer Überwachungsaufgabe über die Präqualifizierungsstellen nachkommen kann, erhält sie die Befugnis, auf Informationen der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes sowie etwa der Handwerkskammern zurückgreifen zu können. Diese Informationen können sich etwa darauf beziehen, ob die Präqualifizierungsstelle ihrer Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Datenlieferung an den GKV-Spitzenverband nachgekommen ist oder die berufsrechtlichen Vorgaben bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 beachtet hat.

§ 127

Verträge

(1) [1] **Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.** [2] **Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.** [3] **In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen.** [4] **Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen.** [5] **Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.** [6] **Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.** [7] **Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.** [8] **Verträge nach Absatz 1 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung werden mit Ablauf des 30. November 2019 unwirksam.**

(2) [1] Den Verträgen nach **Absatz 1** Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. [2] **Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.** [3] Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. [4] Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. [5] § 126 Absatz 1a und 2 bleibt unberührt.

(3) [1] Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 mit

Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; **Absatz 1 Satz 3 und 4** gilt entsprechend. [2] Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. [3] In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den **Absätzen 1 und 3** Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.

(5) [1] Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. [2] Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich **oder elektronisch** zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. [3] Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. [4] Im Fall des § 33 Absatz 1 Satz 6 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. [5] Satz 2 gilt entsprechend.

(6) [1] Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. [2] Abweichend von Satz 1 informieren die Krankenkassen ihre Versicherten auf Nachfrage, wenn diese bereits einen Leistungserbringer gewählt oder die Krankenkassen auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. [3] Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. [4] Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.

(7) [1] Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. [2] Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. [3] Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach **Absatz 5** Satz 1 vorzulegen. [4] Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. [5] Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. [6] Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. [7] Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung ab, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.

(9) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben bis zum 31. Dezember 2017 gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. [2] **Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt.** [3] **Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.** [4] **Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte.** [5] In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. [6] § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. [7] Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den **Absätzen 1 und 3** zu Grunde zu legen.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 5 Satz 2* – Anmerkung: Siehe Aufheben von Absatz 1, 1a und 1b sowie Neugliederung in Absatz 1 bis 9 und Änderungen durch den 14. Ausschuss**

Nach § 126 Absatz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches kann die schriftliche Form durch die elektronische Form ersetzt werden. Zur Klarstellung wird neben der Schriftform auch die elektronische Form für die Dokumentation der Beratung ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen. Die eigenhändige Unterschrift des Versicherten kann auch direkt elektronisch erfasst werden, beispielsweise durch ein Unterschriftenpad oder Signaturtablett.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

***Zu Absatz 1, 1a und 1b* – aufgehoben**

Um negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegen zu wirken, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) den Krankenkassen und Leistungserbringern verschiedene Vorgaben zu einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung gemacht. Dazu gehören insbesondere das Verbot von Ausschreibungen bei Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil und die Vorgabe an die Krankenkassen, bei Hilfsmittelausschreibungen in den Leistungsbeschreibungen und bei den Vergabekriterien qualitative Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Zwischenzeitlich hat sich aber gezeigt, dass die praktische Umsetzung des Gesetzes vielfach nicht den Zielen des Gesetzgebers entspricht. Zu dem erhofften Qualitätswettbewerb im Rahmen von Ausschreibungen ist es nicht gekommen. Angesichts der nach wie vor bestehenden Risiken durch Ausschreibungen für die Versorgungsqualität wird die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 aufgehoben. Der Gesetzgeber ist unionsrechtlich nicht dazu verpflichtet, Beschaffungsvorgänge wettbewerblich auszugestalten (Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union – AEUV), und kann daher ein sozialrechtliches Beschaffungsverfahren vorsehen, das nicht den formellen Vorgaben des Vergaberechts unterliegt. Die Krankenkassen haben künftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten grundsätzlich im Wege von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Zudem können Krankenkassen weiterhin im Ausnahmefall Einzelvereinbarungen schließen, wenn der Aufwand für eine Vertragsanbahnung nach Absatz 1, etwa wegen des besonderen Versorgungsbedarfs eines Versicherten, wirtschaftlich nicht zweckmäßig wäre. Da die Ausschreibungsoption gestrichen wird, bedarf es auch keiner gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen mehr.

***Zu Absatz 1 bis 9* – Anmerkung: bisher Absatz 2, 2a, 3, 4, 4a, 5, 5a, 5b und 6**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Absatzbezeichnungen infolge der Aufhebung der bisherigen Absätze 1 und 1a.

Zu Absatz 1

Die Sätze 1 und 2 in Absatz 1 stellen klar, dass die Verträge zwischen den Vertragsparteien zu verhandeln sind. Die Ergänzungen in Absatz 1 dienen außerdem der Klarstellung, dass es sich bei der Vertragsoption nach Absatz 1 nicht um das sogenannte Open-House-Modell handelt, bei dem die Vertragsbedingungen einseitig durch die Krankenkasse festgesetzt werden. In der Vergangenheit wurde diese Norm bisweilen als Rechtsgrundlage für Open-House-Verträge herangezogen. Durch die Rechtsprechung wurde bereits festgestellt, dass bei Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit Vertragsverhandlungen ermöglicht werden müssen (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. März 2010, Az: B 3 KR 26/08 R). Diese Rechtsprechung wird nun ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Demnach haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Die Sätze 3 bis 7 entsprechen dem bisherigen Recht.

Bei Verträgen nach Absatz 1 handelt es sich um keinen öffentlichen Auftrag, da die Krankenkassen keine Auswahlentscheidungen treffen. So können die Krankenkassen keinen Leistungserbringer von der Versorgung mit Hilfsmitteln ausschließen, da alle Leistungserbringer bereits geschlossenen Verträgen nach Absatz 1 beitreten können. Sie treffen auch keine Auswahlentscheidungen hinsichtlich bestimmter Leistungserbringer, mit denen sie Vertragsverhandlungen führen, da sie jedem Leistungserbringer Vertragsverhandlungen ermöglichen müssen. Im Gegensatz zu einem öffentlichen Auftrag ist die Anzahl der Vertragspartner nicht auf einen oder wenige exklusive Partner beschränkt. Demzufolge unterfallen die Verträge nach Absatz 1 nicht dem Vergaberecht. § 69 Absatz 3 bleibt in der Konsequenz unangewendet, da der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nur anzuwenden ist, wenn es sich um die Vergabe eines öffentlichen Auftrages handelt. Bei Verträge nach Absatz 1 müssen jedoch die EU-rechtlichen Prinzipien der Gleichbehandlung, Nichtdiskriminierung und das Transparenzgebot beachtet werden.

Verträge, die auf Ausschreibungen nach dem nunmehr aufgehobenen Absatz 1 basieren, werden nach einer Übergangsfrist unwirksam. Auf diese Weise wird im Zusammenhang mit Ausschreibungs-

verträgen aufgetretenen Qualitätsdefiziten und Rechtsunsicherheiten entgegengewirkt. Aufgrund des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen sind diese dazu verpflichtet, Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln mit Leistungserbringern zu unterhalten und mithin nach Unwirksamkeit der Ausschreibungsverträge neue Rahmenverträge mit Leistungserbringern über die jeweiligen Hilfsmittelversorgungen zu schließen. Durch die Übergangsfrist haben die Krankenkassen ausreichend Zeit die Versorgung ihrer Versicherten auf eine neue vertragliche Grundlage zu stellen. Die Vertragspartner, die bis dahin auf der Grundlage von Ausschreibungen die Versicherten einer Krankenkasse mit Hilfsmitteln beliefert haben, können dies weiterhin auf der Grundlage von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit tun.
Zu Absatz 2
Zu Satz 1
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.
Zu Satz 2
Es wird klargestellt, dass es sich bei der Möglichkeit, einem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 beizutreten, um ein Beitrittsrecht und nicht um eine Beitrittspflicht handelt. Die Krankenkassen können daher Vertragsverhandlungen nicht mit Verweis auf andere beitrittsfähige Leistungserbringerverträge ablehnen. Als Verhandlungsgrundlage kann hierbei ein bereits bestehender Leistungserbringervertrag dienen. Wird ein bestehender Vertrag im Rahmen von Vertragsverhandlungen mit einem weiteren Leistungserbringer angepasst, liegt ein neuer Vertragsschluss vor, auch wenn es sich nur um geringe Anpassungen handelt. Weitere Leistungserbringer können dem angepassten Vertrag oder dem ursprünglichen Vertrag beitreten.
Zu Absatz 3 Satz 1
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.
Zu Absatz 4
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.
Zu Absatz 5 Satz 2
Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.
Zu Absatz 7 Satz 3
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen Absatz 1a.
Zu Absatz 9 Satz 1, Satz 2 bis 4 und 7
Die Änderung in Absatz 9 ist eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von Absatz 1a. Anstelle der Verweisung auf die Regelung über das Schiedsverfahren, die bisher in Absatz 1a Satz 2 bis 4 geregelt war, wird diese Regelung nun direkt in Absatz 9 aufgenommen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Korrekturen in Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4a Satz 1 wie folgt: – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 1 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1**

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 127 SGB V auf § 33 Absatz 1 SGB V).

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1– **Anmerkung: Siehe Neufassung durch TSVG (Ausschreibungsoption entfallen)**
Zu Satz 2 – Anmerkung: Satz 3 durch 14. Ausschuss neu gefasst, Satz 4 eingefügt
Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, ihren Versicherten bei Versorgungen, die auf der Grundlage von Ausschreibungsverträgen nach Satz 1 erbracht werden, Wahlmöglichkeiten zwischen mehreren Hilfsmitteln einzuräumen. Dies kann dadurch umgesetzt werden, dass der Ausschreibungsgewinner vertraglich dazu verpflichtet wird, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Die Krankenkassen können aber auch mehreren Leistungserbringern den Zuschlag erteilen (sogenanntes „Mehr-Partner-Modell", siehe den neuen Satz 5), zwischen denen sie den Versicherten ein freies Wahlrecht einräumen. Die von den Bewerbern erwarteten Leistungen sind eindeutig und erschöpfend in der Leistungsbeschreibung zu beschreiben.
Zu Satz 5
Satz 5 ermöglicht den Krankenkassen im Rahmen von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich, das sogenannte „Mehr-Partner-Modell" einzusetzen. Dies bedeutet, dass für jedes Los mit mehreren Leistungserbringern Verträge abgeschlossen werden können. Die Versicherten können dann unter den Leistungserbringern, mit denen Verträge zustande gekommen sind, frei wählen. Dies führt dazu, dass die Versicherten auch im Falle von Ausschreibungen die Auswahl zwischen verschiedenen Produkten haben (siehe auch Begründung zu Satz 2 und zu § 33 Absatz 6).
Zu Satz 7
Der neue Satz 7 dient der Klarstellung, dass die §§ 97 ff. GWB bei öffentlichen Aufträgen der Krankenkassen gelten, soweit der Anwendungsbereich des EU-Vergaberechts eröffnet ist.
Zu Absatz 1b – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 4 („50" statt „40" Prozent)
Absatz 1b bestimmt, dass künftig bei der Zuschlagserteilung nicht nur der Preis, sondern auch qualitative Kriterien über die Mindestanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinaus zu berücksichtigen sind. Hier-

durch trägt die Regelung dazu bei, die Qualität der Versorgung im Hilfsmittelbereich zu stärken. Zugleich entstehen zusätzliche Innovationsanreize für die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung.
Den Ausgangspunkt der Regelung bildet der Grundsatz, dass das wirtschaftlich günstigste Angebot anhand des besten Preis-Leistungs-Verhältnisses zu ermitteln ist. Bei der Ermittlung des besten Verhältnisses von Preis und Leistung sind verschiedene Kriterien zu berücksichtigen. Auch wenn stets eine Preis- oder Kostenkomponente einbezogen werden sollte, stellt Satz 2 ausdrücklich klar, dass der Preis nicht alleiniges Kriterium bei der Zuschlagserteilung sein darf, sondern lediglich ein Kriterium neben weiteren. Die Kriterien sind auf den Gegenstand des Auftrages abzustimmen und können neben dem Preis oder den Kosten auch qualitative, umweltbezogene oder soziale Aspekte einschließen. Die Kriterien für die Zuschlagserteilung sind so zu wählen, dass ein effektiver und transparenter Wettbewerb sichergestellt wird. Die Auflistung möglicher Zuschlagskriterien in Satz 3 ist nicht abschließend. Werden die qualitativen Anforderungen der Liefer- und Dienstleistungen nicht erschöpfend in der Leistungsbeschreibung festgelegt, müssen kostenfremde Aspekte wie beispielsweise die Qualität bei der Zuschlagserteilung in Höhe von nicht weniger als 40 Prozent berücksichtigt werden.
Satz 5 stellt durch den Verweis auf § 60 der Vergabeverordnung klar, dass im Falle eines Unterkostenangebots die Krankenkasse die Zusammensetzung des Angebots zu prüfen und das Angebot gegebenenfalls abzulehnen hat.
Zu Absatz 4a – Anmerkung: eingefügt; siehe Änderung durch den 14. Ausschuss („medizinisch“ in Satz 1 gestrichen) – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 5**
In Absatz 4a wird die Beratungspflicht der Leistungserbringer, die bisher gesetzlich nicht konkretisiert war, explizit geregelt. In der Vergangenheit wurde im Rahmen der Diskussionen über die Versorgung und Qualität im Hilfsmittelbereich immer wieder der Vorwurf geäußert, Versicherte würden zu mehrkostenpflichtigen Versorgungen gedrängt, ohne hinreichend über die ihnen im Einzelnen zustehenden Ansprüche und die ihnen in ihrer konkreten Versorgungssituation zur Verfügung stehenden, mehrkostenfreien Produkte informiert und bei der Auswahl des Hilfsmittels bedarfsgerecht beraten worden zu sein. Nach Satz 1 hat der Leistungserbringer die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen in der konkreten Situation der versicherten Person, insbesondere unter Beachtung ihrer individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Dabei hat er vor allem über das Angebotsspektrum der Produkte zu informieren, die die versicherte Person als Sachleistung ohne Mehrkosten beanspruchen kann. Durch die in Satz 2 vorgeschriebene Dokumentationspflicht mit Bestätigung durch die versicherte Person kann der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen nachweisen, seiner Beratungspflicht nachgekommen zu sein. Dies ist insbesondere für die Prüfung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer durch die Krankenkassen von Bedeutung, die diese im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Überwachungsaufgabe nach Absatz 5a durchführen.
Zur Begrenzung des Verwaltungsaufwands können nach Satz 3 die Vertragspartner im Rahmen ihrer Verträge miteinander vereinbaren, bei Versorgungen innerhalb des Sachleistungssystems auf die schriftliche Dokumentation der Beratung und die Bestätigung durch den Versicherten in bestimmten Fällen zu verzichten. Dies können zum Beispiel Versorgungen unterhalb bestimmter Wertgrenzen, Versorgungen aufgrund von Folgeverordnungen oder auch Versorgungen sein, bei denen die Krankenkasse auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet hat. Entscheidet sich die versicherte Person für ein Produkt, für das Mehrkosten entstehen, da es über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat der Leistungserbringer die versicherte Person nach Satz 4 insbesondere über die Mehrkosten zu informieren. Nach Satz 5 besteht auch insofern eine Dokumentationspflicht des Leistungserbringers. Bei Versorgungen, die mit Mehrkostenvereinbarungen verbunden sind, muss die erfolgte Beratung in jedem Fall schriftlich dokumentiert und durch den Versicherten mit seiner Unterschrift bestätigt werden.
Zu Absatz 5 – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 6**
Zu Satz 1
Neben der Beratungspflicht der Leistungserbringer wird auch die Beratungspflicht der Krankenkassen gestärkt. Ebenso wie die Leistungserbringer werden die Krankenkassen nunmehr ausdrücklich in Absatz 5 verpflichtet, die Versicherten über ihre Rechte bei der Hilfsmittelversorgung zu beraten. Die bisher lediglich auf Nachfrage zur Verfügung zu stellenden Informationen über die wesentlichen Inhalte der Verträge sind nunmehr regelhaft zu erteilen.
Zu Satz 2
Bei Hilfsmittelversorgungen, bei denen die Krankenkassen auf ihren Genehmigungsvorbehalt verzichten, erfahren sie in der Regel erst bei der Abrechnung über die bereits durchgeführte Versorgung. In diesen Fällen bleibt es dabei, dass die Informationen nur auf Nachfrage zu erteilen sind.
Zu Satz 4
Um den Versicherten Vergleiche zwischen den Verträgen zur Hilfsmittelversorgung verschiedener Krankenkassen zu ermöglichen und um Impulse für einen Qualitätswettbewerb auch im Hilfsmittelbereich zu setzen, werden die Krankenkassen verpflichtet, Informationen über die wesentlichen Inhalte der von ihnen abgeschlossenen Verträge im Internet auch den Versicherten anderer Krankenkassen zugänglich zu machen.
Zu Absatz 5a – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 7**

Mit dem neuen Absatz 5a werden die umfassenden gesetzlichen Vorschriften zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität der Hilfsmittelversorgung durch Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität ergänzt. Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Voraussetzung hierfür ist, dass in den Leistungsbeschreibungen und Verträgen die zu erbringenden Leistungen und Qualitätsanforderungen so eindeutig und differenziert beschrieben sind, dass eine effiziente Überprüfung durch die Krankenkassen möglich ist. Durch die Einführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen wird die notwendige Transparenz über das Versorgungsgeschehen hergestellt.

Auffälligkeitsprüfungen kommen insbesondere dann in Frage, wenn sich Versicherte über Leistungserbringer beschweren, bei einem Leistungserbringer ungewöhnlich häufig vorzeitige Wiederversorgungen stattfinden, es wiederholt zu Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung und in Kostenvoranschlägen kommt oder ein Leistungserbringer deutlich häufiger als andere Leistungserbringer Mehrkostenvereinbarungen abschließt. Derartige Prüfungen sind nur möglich, wenn den Krankenkassen die hierfür benötigten Daten zur Verfügung stehen. Deshalb werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Dabei handelt es sich nach Satz 3 zunächst um einrichtungsbezogene und nicht um versichertenbezogene Daten, wie z. B. die Lieferzeiten, die Qualifikation des mit der Versorgung und Beratung betrauten Personals, die Zahl der durchgeführten Beratungen und Hausbesuche, die Benennung der ausgewählten Produkte (bei Abrechnung über Pauschalen nicht immer bekannt), das Ausmaß und die Zahl von Reparaturen. Um die nach Absatz 4a für die Leistungserbringer geltende Beratungspflicht durch die Krankenkassen prüfen zu können, ist es erforderlich, dass die Leistungserbringer darüber hinaus versichertenbezogen den Nachweis der erfolgten Beratung, d. h. die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung, den Krankenkassen vorlegen. Dieser Nachweis erfasst nur die Tatsache der erfolgten Beratung und nicht deren Inhalt. Diese versichertenbezogenen Daten sind im Rahmen der Prüfungen ohne Einwilligung der Versicherten den Krankenkassen vorzulegen. Dies ist erforderlich, um den Krankenkassen eine wirksame Prüfung der den Leistungserbringern obliegenden Beratungspflicht zu ermöglichen und sicherzustellen, dass die Prüfung der Einhaltung der Beratungspflicht nicht durch eine fehlende Einwilligungserklärung des Versicherten verhindert wird. Der damit verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten ist auch verhältnismäßig, weil die Krankenkassen damit außer dem Nachweis der erfolgten Beratung durch die Leistungserbringer keine über die ihnen bereits im Rahmen der Genehmigung und der Abrechnung der in Anspruch genommenen Hilfsmittel vorliegenden versichertenbezogenen Daten hinausgehenden Informationen erhalten.

Sofern auch durchgeführte Hilfsmittelversorgungen in Einzelfällen geprüft werden, ist es zudem erforderlich, Einblick in sensible medizinische Daten der Versicherten zu nehmen. Aus Gründen der berechtigten Interessen der betroffenen Versicherten und der Verhältnismäßigkeit ist nach Satz 4 gesetzlich vorgesehen, dass hierzu vorher die schriftliche Einwilligung der jeweiligen versicherten Person einzuholen ist. Da die Datenerhebung durch die Krankenkassen erfolgt, gelten für diese Einwilligung die gesetzlichen Vorgaben des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (§ 67b Absatz 2 SGB X). Ist eine solche Einwilligung erfolgt, sind die Leistungserbringer zur Datenübermittlung an die Krankenkassen verpflichtet.

Damit aus den im Rahmen der Prüfungen gewonnenen Erkenntnissen auch Konsequenzen gezogen und so die Qualität der Hilfsmittelversorgung verbessert werden kann, haben die Krankenkassen vertraglich sicherzustellen, dass die Gesetzes- und Vertragsverstöße der Leistungserbringer angemessen geahndet werden. Nach Satz 7 hat die Krankenkasse schwerwiegende Verstöße der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a erteilt hat, mitzuteilen.

Zu Absatz 5b – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 8**

Absatz 5b sieht Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vor, die für eine kontinuierliche, möglichst einheitliche Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen durch die Krankenkassen sorgen sollen. So sieht Absatz 5b in der beispielhaften Aufzählung unter anderem vor, dass in den Rahmenempfehlungen Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den verschiedenen Produktgruppen getroffen werden und Kriterien für die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen festgelegt werden. Beispielsweise kann die Tatsache, dass ein Leistungserbringer in erheblichem Umfang Mehrkostenversorgungen durchführt und kaum für Versicherte kostenfreie Hilfsmittel abgibt, eine Auffälligkeit begründen.

In den Rahmenempfehlungen können auch weitere Überwachungsinstrumente wie Versichertenbefragungen oder ein Beschwerdemanagement vorgesehen werden. Dabei hat der GKV-Spitzenverband stets den Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen und in seine Überlegungen einzubeziehen, ob und inwiefern bestimmte Instrumente auch für kleine Krankenkassen umsetzbar und praktikabel sind.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 – **Anmerkung: Siehe Neufassung durch TSVG**

Zu Satz 3 und 4

Satz 2 entspricht dem Gesetzestext. Satz 3 stellt klar, dass die im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte Bestandteile der Verträge sind. Die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätsanforderungen bilden damit für die Produktarten,

die vom Hilfsmittelverzeichnis erfasst sind, eine Untergrenze, die nicht unterschritten werden darf. Ggf. weitergehende individuelle Ansprüche der Versicherten werden dadurch nicht begrenzt. Weiter wird klargestellt, dass es sich bei Änderungen der Qualitätsanforderungen, die sich während der Laufzeit der Verträge nach § 127 durch eine Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ergeben, um eine wesentliche Änderung der Verhältnisse handelt, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt. Den Vertragsparteien wird so ermöglicht, weiter entwickelte Qualitätsanforderungen zeitnah in laufenden oder ggf. neu abzuschließenden Verträgen umzusetzen. Damit wird der Anspruch der Versicherten auf eine qualitätsgesicherte Versorgung nach § 33 gestärkt. Sind die Verträge im Wege der Ausschreibung vergeben worden, erfolgt die Vertragsanpassung oder Vertragskündigung gemäß § 69 Absatz 2 Satz 4 in der Regel nach Maßgabe der §§ 132 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und im Übrigen nach § 59 des Zehnten Buches.

Zu Satz 6

Für Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil sind wettbewerbliche Ausschreibungen nicht zweckmäßig. Die Einschränkung, dass dies „in der Regel" der Fall sei, führt in der Praxis zu Unsicherheiten und unterschiedlichen Auslegungen, in welchen atypischen Ausnahmefällen von der gesetzlichen Regelentscheidung abgewichen werden kann. Um hier eine einheitliche Verwaltungspraxis sicherzustellen und zu verhindern, dass einzelne Krankenkassen die gesetzliche Regelung mit Verweis auf vermeintliche Ausnahmefälle unterlaufen, wird die Einschränkung gestrichen. Die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen regeln stattdessen einheitlich die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene nach Absatz 1a.

Zu Absatz 1b – **Anmerkung: durch TSVG aufgehoben**

Um Rechtsunsicherheit über die Frage zu vermeiden, wann eine „erschöpfende" Leistungsbeschreibung für eine wettbewerbliche Ausschreibung von Hilfsmitteln vorliegt, die eine gewichtete Zuschlagsentscheidung anhand von Qualitätsaspekten entbehrlich macht, wird das Verhältnis zwischen Leistungsbeschreibung und Zuschlagskriterien mit der Änderung verdeutlicht. Werden bestimmte Qualitätsanforderungen bereits in der Leistungsbeschreibung formuliert, gelten sie für alle potentiellen Bieter gleichermaßen als Voraussetzung und die Auswahl zwischen insoweit gleichen Angeboten erfolgt letztlich anhand anderer Zuschlagskriterien. Angebote von Anbietern, die diese Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, werden von vornherein nicht berücksichtigt. Demgegenüber ermöglichen Qualitätsaspekte als Zuschlagskriterien eine zusätzliche Abwägungsentscheidung zwischen insoweit noch unterschiedlichen Angeboten. Erst die Gewichtung der verschiedenen Zuschlagskriterien über Qualität und Kosten bestimmt dann die Auswahlentscheidung. Nach vergaberechtlichen Grundsätzen ist allerdings eine doppelte Berücksichtigung der gleichen Qualitätsaspekte gleichzeitig auf Ebene der Leistungsbeschreibung und der Zuschlagserteilung nicht zulässig. Insoweit hat die ausschreibende Krankenkasse im Voraus festzulegen, wie bzw. auf welcher Ebene sie die zusätzlichen Qualitätsaspekte berücksichtigt. Die Krankenkassen haben das Ausschreibungsverfahren in jedem Fall so zu gestalten, dass durch Qualitätsaspekte (ob in der Leistungsbeschreibung oder als Zuschlagskriterium) ein effektiver Wettbewerb um eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung tatsächlich erreicht wird. Eine Ausschreibung, bei der lediglich die allgemein verbindlichen Qualitätsanforderungen (z. B. die des Hilfsmittelverzeichnisses) in der Leistungsbeschreibung enthalten sind und bei der der Zuschlag dann nur nach Preis oder Kosten erfolgt, erfüllt jedenfalls nicht die gesetzlichen Anforderungen an einen Qualitätswettbewerb.

Darüber hinaus haben Versorgungsverträge im Wege der Ausschreibung nach Absatz 1 Satz 1 eine sowohl wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sollen sich dabei nicht gegenseitig ausschließen, sondern gleichermaßen verwirklicht werden. Insoweit ist es sachgerecht, die gesetzliche Gewichtung der Zuschlagskriterien entsprechend anzupassen. Um zu verhindern, dass sich Ausschreibungen als Preiswettbewerb mit tendenziell sinkender Qualität auswirken können, sind Qualitätsaspekte künftig mindestens gleichwertig (zu 50 Prozent) zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4a – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 5**

Die Streichung in Satz 1 erfolgt, weil die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit eines Hilfsmittels den dafür qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten vorbehalten ist. Die Änderung in Satz 4 stellt klar, dass die Versicherten vor dem Abschluss einer Mehrkostenvereinbarung über die ihnen entstehende Aufzahlung zu informieren sind.

Zu Absatz 6 Satz 1 – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 9**

Die Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht bereits seit dem 1. Januar 2012, an dem die im GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) vorgesehene Anfügung des Absatzes 6, der vorliegend geändert werden soll, in Kraft getreten ist. Dennoch haben sich die Parteien bis heute nicht auf gemeinsame Rahmenempfehlungen verständigen können. Um neue Impulse für die Verhandlungen zu setzen, wird den Vertragsparteien eine Frist bis zum 31. Dezember 2017 gesetzt. Sollte es bis dahin nicht zu einer Einigung kommen, ist der Empfehlungsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson festzusetzen. Das Schiedsverfahren richtet sich nach den Vorgaben des Absatzes 1a Satz 2 bis 4. – **Anmerkung: Durch TSVG Absatz 9 Satz 2 bis 4**

§ 128

Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) [1] Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. [2] Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) [1] Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. [2] Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. [3] Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

(3) [1] Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. [2] Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) [1] Vertragsärzte dürfen nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. [2] Die Absätze 1 bis 3 bleiben unberührt. [3] Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.

(4a) [1] Krankenkassen können mit Vertragsärzten Verträge nach Absatz 4 abschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung dadurch nicht eingeschränkt werden. [2] § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte. [3] In den Verträgen sind die von den Vertragsärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen und welche Vergütung sie dafür erhalten eindeutig festzulegen. [4] Die zusätzlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen an die Vertragsärzte zu vergüten. [5] Jede Mitwirkung der Leistungserbringer an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen ist unzulässig.

(4b) [1] Vertragsärzte, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 4 an der Durchführung der Hilfsmittelversorgung mitwirken, haben die von ihnen ausgestellten Verordnungen der jeweils zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung der Versorgung zu übersenden. [2] Die Verordnungen sind den Versicherten von den Krankenkassen zusammen mit der Genehmigung zu übermitteln. [3] Dabei haben die Krankenkassen die Versicherten in geeigneter Weise über die verschiedenen Versorgungswege zu beraten.

(5) [1] Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten. [2] In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. [3] Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.

(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.

(6) [1] Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Abs. 7 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmern, Apotheken,

pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. [2] Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Abs. 7. [3] Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach § 37 Absatz 7 gegenüber den Leistungserbringern, die diese Leistungen erbringen.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 6 Satz 3

§ 128 reguliert und verbietet bestimmte Formen des Zusammenwirkens zwischen Hilfsmittelerbringern und Vertragsärztinnen und -ärzten. Aufgrund einer in den Absätzen 5b und 6 gesetzlich angeordneten entsprechenden Anwendung gilt die Regelung zu wesentlichen Teilen auch zwischen Erbringern von Heilmitteln und von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7, den in § 128 Absatz 6 Satz 1 genannten weiteren Anbietern von Gesundheitsleistungen und Vertragsärztinnen und -ärzten, Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern. Damit soll Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit entgegengewirkt werden. Vergleichbare Interessenlagen bestehen auch bei der Erbringung von Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Durch die Ausweitung der Regelung soll ausgeschlossen werden, dass Wundzentren sich durch die Abgabe von Verbandmitteln bestimmter Hersteller oder gar eines bestimmten Herstellers finanzieren. Es soll kein „Abhängigkeitsverhältnis" möglich sein.

Deshalb werden die Regelungen des § 128 Absatz 1 bis 3, mit denen einem kollusiven Zusammenwirken der Leistungserbringer bei der Erbringung von Heilmitteln, Verbands- und Arzneimitteln und bei Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden soll, ausdrücklich auch auf die Erbringung von Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden erstreckt. Unzulässig ist insbesondere die Zuwendung in Form einer Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie die Abgabe von Verbandmitteln über Depots bei Vertragsärzten.

Siebter Abschnitt

Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern

§ 129

Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung**, Verordnungsermächtigung**

(1) [1] Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte nach Maßgabe des Rahmenvertrags nach Absatz 2 verpflichtet zur

1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in den Fällen, in denen der verordnende Arzt
   a) ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder
   b) die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat,
2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, deren für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis unter Berücksichtigung der Abschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3a und 3b mindestens 15 vom Hundert oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels; in dem Rahmenvertrag nach Absatz 2 können Regelungen vereinbart werden, die zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen,
3. Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und
4. Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

[2] Bei der Abgabe eines Arzneimittels nach Satz 1 Nummer 1 haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt; als identisch gelten dabei Packungsgrößen mit dem gleichen Packungsgrößenkennzeichen nach der in § 31 Absatz 4 genannten Rechtsverordnung. [3] Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht, soweit hierzu in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. [4] Eine Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ist auch bei Fertigarzneimitteln vorzunehmen, die für in Apotheken hergestellte parenterale Zubereitungen verwendet werden, wenn für das wirkstoffgleiche Arzneimittel eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8a mit Wirkung für die Krankenkasse besteht und sofern in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. [5] Besteht keine entsprechende Vereinbarung nach § 130a Abs. 8, hat die Apotheke die Ersetzung durch ein preisgünstigeres Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrags vorzunehmen. [6] Abweichend von den Sätzen 3 und 5 können Versicherte gegen Kostenerstattung ein anderes Arzneimittel erhalten, wenn die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt sind. [7] § 13 Absatz 2 Satz 2 und 12 findet keine Anwendung. [8] Bei der Abgabe von importierten Arzneimitteln und ihren Bezugsarzneimitteln gelten die Sätze 3 und 5 entsprechend; dabei hat die Abgabe eines Arzneimittels, für das eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 besteht, Vorrang vor der Abgabe nach Satz 1 Nummer 2.

(1a) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unverzüglich Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erstmals bis zum 30. September 2014 die Arzneimittel, bei denen die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b ausgeschlossen ist; dabei sollen insbesondere Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite berücksichtigt werden. [3] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker regeln in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere.

(3) Der Rahmenvertrag nach Absatz 2 hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie

1. einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Apotheken haben, oder

2. dem Rahmenvertrag beitreten.

(4) [1] Im Rahmenvertrag nach Absatz 2 ist zu regeln, welche Maßnahmen die Vertragspartner auf Landesebene ergreifen können, wenn Apotheken gegen ihre Verpflichtungen nach Absatz 1, 2 oder 5 verstoßen. [2] In dem Rahmenvertrag ist erstmals bis zum 1. Januar 2016 zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt; kommt eine Regelung nicht innerhalb der Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8. [3] Bei gröblichen und wiederholten Verstößen ist vorzusehen, dass Apotheken von der Versorgung der Versicherten bis zur Dauer von zwei Jahren ausgeschlossen werden können.

(5) [1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. [2] Absatz 3 gilt entsprechend. [3] In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen. [4] Verträge nach Satz 3 in der bis zum 12. Mai 2017 geltenden Fassung werden mit Ablauf des 31. August 2017 unwirksam.

(5a) Bei Abgabe eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels gilt bei Abrechnung nach § 300 ein für die Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis in Höhe des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens zuzüglich der Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung.

(5b) [1] Apotheken können an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligt werden; die Angebote sind öffentlich auszuschreiben. [2] In Verträgen nach Satz 1 sollen auch Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung des Versicherten durch die Apotheke vereinbart werden. [3] In der besonderen Versorgung kann in Verträgen nach Satz 1 das Nähere über Qualität und Struktur der Arzneimittelversorgung für die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten auch abweichend von Vorschriften dieses Buches vereinbart werden.

(5c) [1] Für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln gelten die Preise, die zwischen der mit der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgrund von Vorschriften nach dem Arzneimittelgesetz vereinbart sind. [2] Für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie haben die Vertragspartner nach Satz 1 die Höhe der Preise nach Satz 1 neu zu vereinbaren. [3] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8. [4] Die Vereinbarung nach Satz 2 ist bis zum 31. August 2017 zu treffen. [5] Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort. [6] Gelten für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen keine Vereinbarungen über die zu berechnenden Einkaufspreise nach Satz 1, berechnet die Apotheke ihre tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise, höchstens jedoch die Apothekeneinkaufspreise, die bei Abgabe an Verbraucher auf Grund der Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz oder auf Grund von Satz 1 gelten, jeweils abzüglich der Abschläge nach § 130a Abs. 1. [7] Kostenvorteile durch die Verwendung von Teilmengen von Fertigarzneimitteln sind zu berücksichtigen. [8] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Krankenkasse können von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen und verarbeitete Mengen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen verlangen. [9] Sofern eine Apotheke bei der parenteralen Zubereitung aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie einen Betrieb, der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1b Buchstabe a erste Alternative des Arzneimittelgesetzes tätig wird, beauftragt, können der Spitzenverband Bund der

Krankenkassen und die Krankenkasse von der Apotheke auch einen Nachweis über den tatsächlichen Einkaufspreis dieses Betriebs verlangen. [10] Der Anspruch nach Satz 8 umfasst jeweils auch die auf das Fertigarzneimittel und den Gesamtumsatz bezogenen Rabatte. [11] Klagen über den Auskunftsanspruch haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt. [12] Die Krankenkasse kann ihren Landesverband mit der Prüfung beauftragen.

(6) [1] Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker ist verpflichtet, die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 4 und Absatz 1a, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 oder zur Erfüllung der Aufgaben nach § 35a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 erforderlichen Daten dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen. [2] Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach Absatz 2.

(7) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmten Frist zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 8 festgesetzt.

(8) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Apotheker in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [3] Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. [4] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt **§ 89 Absatz 6 Satz 3** entsprechend.

(9) [1] Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. [2] Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. [3] Sie sind an Weisungen nicht gebunden. [4] Jedes Mitglied hat eine Stimme. [5] Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. [6] Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. [7] Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung.

(10) [1] Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. [2] **Es kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.**

Begründung zum TSVG:

Zur Überschrift

Die Ergänzung der Überschrift macht die Rechtsgrundlage für die Verordnungsermächtigung in Absatz 10 deutlich.

Zu Absatz 8 Satz 4

Bei der Änderung in § 129 Absatz 8 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisation der Apotheker) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, erfolgt die Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall vier Jahre. Insoweit wird auf die eingehende Begründung zur Neufassung von § 89 verwiesen.

Zu Absatz 10 Satz 2

Es wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch das Nähere über das Teilnahmerecht des Bundesministeriums an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 regeln kann. Dies ist Aufgrund der erheblichen Auswirkungen der Entscheidungen der Schiedsstelle auf die Sicherstellung einer flächendeckenden, innovativen und bezahlbaren Arzneimittelversorgung und insbesondere auch der hohen Grundrechtsrelevanz der zu treffenden Entscheidungen erforderlich, um Kenntnisse über die Anwendung der gesetzlichen Regelungen in der Praxis zu erhalten.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 4
Mit der Regelung wird die bevorzugte Abgabe auf Fertigarzneimittel, die für in Apotheken hergestellte parenterale Zubereitungen in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten verwendet werden, ausgeweitet, wenn für diese Fertigarzneimittel Rabattverträge nach § 130a Absatz 8a vereinbart wurden.
Zu Satz 6
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.
Zu Satz 8
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.
Zu Absatz 5 Satz 3 – aufgehoben – siehe Anfügen von Satz 4 durch den 14. Ausschuss
Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 in § 129 Absatz 5 Satz 3 geschaffene Möglichkeit für Krankenkassen, die Versorgung mit individuell hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten auch durch Verträge mit Apotheken sicherzustellen, wird gestrichen.
Die Versorgung von krebskranken Patientinnen und Patienten baut auf einem besonders engen Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und dem behandelnden Arzt auf. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die an ihrer Versorgung beteiligten Heilberufe gut zusammenwirken, damit die ihnen zu verabreichenden parenteralen Zubereitungen therapiegerecht in der Arztpraxis zu Verfügung stehen. Eine möglichst friktionsfreie Versorgung Versicherter mit in einer Apotheke hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren Anwendung beim Patienten hat eine hohe Bedeutung. Die Möglichkeit der Versicherten, die versorgende Apotheke nach § 31 Absatz 1 Satz 5 frei zu wählen – gegebenenfalls in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin –, soll bei der Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nicht beschränkt werden. Zugleich sollen vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Einschränkungen der Qualität und Sicherheit der Versorgung erschlossen werden und der gesetzlichen Krankenversicherung zu Gute kommen. Hierzu wird § 130a Absatz 8a eingefügt.
Zu Absatz 5c
Zu Satz 2 bis 5
Für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie ist nach Satz 1 zwingend eine Vereinbarung über die Höhe der Preise zu treffen, bei der die Sicherstellung einer rechtzeitigen und bedarfsgerechten Versorgung zu berücksichtigen ist. Die Vereinbarung dieser sogenannten Hilfstaxe ist nach dem Inkrafttreten des Gesetzes neu zu vereinbaren, da sich die Rahmenbedingungen für die Erschließung der Einsparmöglichkeiten ändern. Kommt diese Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. August 2017 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8.
Zu Satz 9 bis 11 – Anmerkung: siehe Änderung in Satz 8 durch den 14. Ausschuss
Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die Krankenkasse können von Apotheken bereits derzeit Nachweise über Bezugsquellen und verarbeitete Mengen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die vereinbarten Preise für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen verlangen. Das Auskunftsrecht begegnet jedoch in der Praxis Durchsetzungsschwierigkeiten.
Wegen der Bedeutung von Herstellbetrieben und Krankenhausapotheken bei der Versorgung mit Zytostatika durch öffentliche Apotheken ist klarzustellen, dass der Auskunftsanspruch auch den tatsächlichen Einkaufspreis eines für die Apotheke tätig werdenden Herstellbetriebs oder einer Krankenhausapotheke umfasst; dies betrifft andere Apotheken, Krankenhausapotheken sowie Betriebe, die über eine Erlaubnis nach § 13 des Arzneimittelgesetzes verfügen und die für Apotheken die genannten Arzneimittel herstellen. Von Einkaufsvorteilen bzw. Einkaufsrabatten sollen die Krankenkassen profitieren, indem diese Vorteile oder Rabatte bei den Beratungen zur sogenannten Hilfstaxe bekannt sind. Für einen angemessenen Marktüberblick ist es erforderlich, dass auch die tatsächlichen Einkaufspreise der zuliefernden Herstellbetriebe und Krankenhausapotheken in den Auskunftsanspruch der Krankenkassen einbezogen werden. Dies ist angesichts des Ziels der Sicherstellung der stabilen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen. Es wird klargestellt, dass auch die auf das Fertigarzneimittel und den Gesamtumsatz bezogenen Rabatte zum Umfang der Auskunftsverpflichtung zählen. Um die Durchsetzung des Auskunftsanspruchs zu gewährleisten und damit letztlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot zur Umsetzung in den Verhandlungen über Preise zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker zu verhelfen, wird ein Vorverfahren gegen den Auskunftsanspruch ausgeschlossen und festgelegt, dass Klagen keine aufschiebende Wirkung haben. Die Möglichkeit des Antrags auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ist davon unberührt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 5 Satz 4
Die Aufhebung des Satzes 3 entspricht dem Gesetzentwurf.

Verträge, die auf dem nunmehr aufgehobenen Satz 3 basieren, werden nach einer Übergangsfrist unwirksam. Wie schon in der Begründung zu § 31 Absatz 1 Satz 5 des Gesetzesentwurfs ausgeführt, baut die Versorgung von krebskranken Patientinnen und Patienten auf einem besonders engen Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auf. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die an ihrer Versorgung beteiligten Heilberufe gut zusammenwirken, damit die den Patientinnen und Patienten zu verabreichenden parenteralen Zubereitungen therapiegerecht in der Arztpraxis zur Verfügung stehen. Die bisher vorgesehene Vertragsmöglichkeit der Krankenkassen mit Apotheken führt dazu, dass eine Arztpraxis von einer größeren Zahl von Apotheken beliefert wird. Dies führt zu einem erhöhten Koordinationsaufwand in der Arztpraxis und kann sich auch auf die Sicherheit der Versorgung von Patientinnen und Patienten auswirken. Eine möglichst friktionsfreie und eingespielte Versorgung der Arztpraxis mit in einer Apotheke hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren Anwendung bei der Patientin oder bei dem Patienten hat eine hohe Bedeutung für die Versorgung der Versicherten, deren Gesundheit als hohes Gut zu schützen ist. Dem dient der Wegfall der Exklusivität der Verträge. Angesichts der Betroffenheit des hohen Gutes der Gesundheit ist es nicht hinreichend, wenn nur künftig keine entsprechenden neuen Verträge mehr geschlossen werden können. Der im Gesetzentwurf in § 31 Absatz 1 Satz 5 zunächst vorgesehene bloße Wegfall der Exklusivität stellt insofern auch kein milderes Mittel dar, da die Exklusivität das Kernelement der entsprechenden Verträge darstellt. Die Unwirksamkeit der geltenden Verträge nach einer gewissen Übergangsfrist sorgt gegenüber der ursprünglich vorgesehenen Regelung für größere Rechtsklarheit.

Zu Absatz 5c

Zu Satz 2 bis 5

Für den Bereich der parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie wird ein dauerhafter Konfliktlösungsmechanismus durch Ausweitung der Schiedsstellenlösung eingeführt, um zu verhindern, dass das wichtige Ausgabenregulierungsinstrument der Hilfstaxe blockiert wird. Für die Neuverhandlung wird einmalig eine Fristvorgabe festgelegt.

Zu Satz 8

Die Hilfstaxe kann als Ausgabenregulierungsinstrument eine umso stärkere Wirkung entfalten, je transparenter die Apothekeneinkaufspreise sind. Dass zu einem transparenten Marktüberblick auch Angaben von Seiten der pharmazeutischen Unternehmer beitragen, ist bereits in § 129 Absatz 5c anerkannt, da dort ein entsprechender Auskunftsanspruch vorgesehen ist. Die Rechtsprechung hält die Rechtsgrundlage dieses Auskunftsanspruchs teilweise für zu unbestimmt. Dem wird mit dieser Regelung abgeholfen.

Zu Satz 10

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Satz 10. Die Regelung entspricht inhaltlich dem Gesetzentwurf.

§ 129a

Krankenhausapotheken

[1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände vereinbaren mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Versicherte, insbesondere die Höhe des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises. [2] Die nach § 300 Abs. 3 getroffenen Regelungen sind Teil der Vereinbarungen nach Satz 1. [3] Eine Krankenhausapotheke darf verordnete Arzneimittel zu Lasten von Krankenkassen nur abgeben, wenn für sie eine Vereinbarung nach Satz 1 besteht. [4] Die Regelungen des § 129 Absatz 5c Satz 8 und 12 gelten für Vereinbarungen nach Satz 1 entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum AMVSG die Änderung wie folgt:

Zu Satz 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der geänderten Satzzählung in § 129 Absatz 5c.

§ 130

Rabatt

(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sowie für Zubereitungen nach § 5 Absatz 3 der Arzneimittelpreisverordnung, die nicht § 5 Absatz 6 der Arzneimittelpreisverordnung unterfallen, einen Abschlag von 1,77 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.

(2) [1] Ist für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, bemisst sich der Abschlag nach dem Festbetrag. [2] Liegt der maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach Absatz 1 unter dem Festbetrag, bemisst sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis.

(3) [1] Die Gewährung des Abschlags setzt voraus, dass die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird. [2] Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach § 129.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 1
Die Änderung in § 78 AMG stellt klar, dass auch die Sicherstellung der Versorgung ein berechtigtes Interesse der Arzneimittelverbraucher ist, das bei der Festsetzung der Preise und Preisspannen in der Arzneimittelpreisverordnung zu berücksichtigen ist. Entsprechend wird die Arzneimittelpreisverordnung so geändert, dass der Fixanteil des Festzuschlags von 8,35 Euro auch auf Standard-Rezepturarzneimittel anzuwenden ist. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, auch die Geltung des Apothekenabschlags anzupassen. Damit werden Fertigarzneimittel und Standard-Rezepturarzneimittel beim Festzuschlag und beim Apothekenabschlag gleichgestellt. Bislang galt für Standard-Rezepturarzneimittel ein Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis. Auf parenterale Lösungen findet diese Änderung aufgrund des Vertrags über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen nach den §§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung (sogenannte Hilfstaxe) keine Anwendung.
Zu Absatz 2 Satz 1
Mit der Neuregelung wird der Verweis auf die Festbetragsregelungen aktualisiert. Bis zum 27. Dezember 2010 fand sich in § 35a eine Ermächtigungsgrundlage des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen und im Ausnahmefall Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen. Diese Regelung wurde gestrichen. § 35a regelt heute die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Verweis auf § 35a ist veraltet und daher zu streichen. In anderen Regelungen wird entsprechend stets nur auf § 35 verwiesen (vgl. §§ 92 Absatz 2 Satz 11, 130a Absatz 3a Satz 1).

§ 130a

Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

(1) [1] Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 7 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. [2] Für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 beträgt der Abschlag nach Satz 1 6 vom Hundert. [3] Pharmazeutische Unternehmer sind verpflichtet, den Apotheken den Abschlag zu erstatten. [4] Soweit pharmazeutische Großhändler nach Absatz 5 bestimmt sind, sind pharmazeutische Unternehmer verpflichtet, den Abschlag den pharmazeutischen Großhändlern zu erstatten. [5] Der Abschlag ist den Apotheken und pharmazeutischen Großhändlern innerhalb von zehn Tagen nach Geltendmachung des Anspruches zu erstatten. [6] Satz 1 gilt für Fertigarzneimittel, deren Apothekenabgabepreise auf Grund der Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz oder auf Grund des § 129 Abs. 5a bestimmt sind, sowie für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden. [7] Die Krankenkassen erhalten den Abschlag nach Satz 1 für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen sowie für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden, auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, der bei Abgabe an Verbraucher aufgrund von Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz gilt. [8] Wird nur eine Teilmenge des Fertigarzneimittels zubereitet, wird der Abschlag nur für diese Mengeneinheiten erhoben.

(1a) [1] Vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel einschließlich Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen abweichend von Absatz 1 16 Prozent. [2] Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1. [3] Die Differenz des Abschlags nach Satz 1 zu dem Abschlag nach Absatz 1 mindert die am 30. Juli 2010 bereits vertraglich vereinbarten Rabatte nach Absatz 8 entsprechend. [4] Eine Absenkung des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, die ab dem 1. August 2010 vorgenommen wird, mindert den Abschlag nach Satz 1 in Höhe des Betrags der Preissenkung, höchstens in Höhe der Differenz des Abschlags nach Satz 1 zu dem Abschlag nach Absatz 1; § 130a Absatz 3b Satz 2 2. Halbsatz gilt entsprechend. [5] Für Arzneimittel,

die nach dem 1. August 2009 in den Markt eingeführt wurden, gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. [6] Hat ein pharmazeutischer Unternehmer für ein Arzneimittel, das im Jahr 2010 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben wurde und das dem erhöhten Abschlag nach Satz 1 unterliegt, aufgrund einer Preissenkung ab dem 1. August 2010 nicht den Abschlag gezahlt, obwohl die Preissenkung nicht zu einer Unterschreitung des am 1. August 2009 geltenden Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers um mindestens 10 Prozent geführt hat, gilt für die im Jahr 2011 abgegebenen Arzneimittel abweichend von Satz 1 ein Abschlag von 20,5 Prozent. [7] Das gilt nicht, wenn der pharmazeutische Unternehmer den nach Satz 6 nicht gezahlten Abschlag spätestens bis zu dem Tag vollständig leistet, an dem der Abschlag für die im Dezember 2010 abgegebenen Arzneimittel zu zahlen ist. [8] Der erhöhte Abschlag von 20,5 Prozent wird durch eine erneute Preissenkung gegenüber dem am 1. August 2009 geltenden Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers gemindert; Satz 4 gilt entsprechend.

(2) [1] Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. [2] Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedsstaaten der Europäischen Union **oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird,** mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten. [3] Absatz 1 Satz 3 bis 5, Absätze 6 und 7 sowie § 131 Absatz 4 gelten entsprechend. [4] Der pharmazeutische Unternehmer ermittelt die Höhe des Abschlags nach Satz 1 und den durchschnittlichen Preis nach Satz 2 und übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Angaben zu der Berechnung. [5] **Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend.** [6] Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [7] Bei Preisvereinbarungen für Impfstoffe, für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis nach den Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes gilt, darf höchstens ein Betrag vereinbart werden, der dem entsprechenden Apothekenabgabepreis abzüglich des Abschlags nach Satz 1 entspricht.

(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist.

(3a) [1] Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2022 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist. [2] Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. August 2009 erstmalig am 1. Juli 2018 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. [3] Für Arzneimittel, die nach dem 1. August 2010 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. [4] Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt. [5] Satz 4 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer. [6] Für importierte Arzneimittel, die nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abgegeben werden, gilt abweichend von Satz 1 ein Abrechnungsbetrag von höchstens dem Betrag, welcher entsprechend den Vorgaben des § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 niedriger ist als der Arzneimittelabgabepreis des Bezugsarzneimittels einschließlich Mehrwertsteuer, unter Berücksichtigung von Abschlägen für das Bezugsarzneimittel auf Grund dieser Vorschrift. [7] Abschläge nach Absatz 1, 1a und 3b werden zusätzlich zu dem Abschlag nach den Sätzen 1 bis 5 erhoben. [8] Rabattbeträge, die auf Preiserhö-

hungen nach Absatz 1 und 3b zu gewähren sind, vermindern den Abschlag nach den Sätzen 1 bis 6 entsprechend. [9] Für die Abrechnung des Abschlags nach den Sätzen 1 bis 6 gelten die Absätze 1, 5 bis 7 und 9 entsprechend. [10] Absatz 4 findet Anwendung. [11] Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab dem 13. Mai 2017 im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene. [12] Der Abschlag nach Satz 1 gilt entsprechend für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden; Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

(3b) [1] Für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel erhalten die Krankenkassen ab dem 1. April 2006 einen Abschlag von 10 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer; für preisgünstige importierte Arzneimittel gilt Absatz 3a Satz 6 entsprechend. [2] Eine Absenkung des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, die ab dem 1. Januar 2007 vorgenommen wird, vermindert den Abschlag nach Satz 1 in Höhe des Betrages der Preissenkung; wird der Preis innerhalb der folgenden 36 Monate erhöht, erhöht sich der Abschlag nach Satz 1 um den Betrag der Preiserhöhung ab der Wirksamkeit der Preiserhöhung bei der Abrechnung mit der Krankenkasse. [3] Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zu Grunde liegt. [4] Absatz 3a Satz 8 bis 11 gilt entsprechend. [5] Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist; Preiserhöhungen vor dem 1. Dezember 2006 sind nicht zu berücksichtigen. [6] Für ein Arzneimittel, dessen Preis einmalig zwischen dem 1. Dezember 2006 und dem 1. April 2007 erhöht und anschließend gesenkt worden ist, kann der pharmazeutische Unternehmer den Abschlag nach Satz 1 durch eine ab 1. April 2007 neu vorgenommene Preissenkung von mindestens 10 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer ablösen, sofern er für die Dauer von 12 Monaten ab der neu vorgenommenen Preissenkung einen weiteren Abschlag von 2 vom Hundert des Abgabepreises nach Satz 1 gewährt.

(4) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Abschläge nach den Absätzen 1, 1a und 3a nach Maßgabe des Artikels 4 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme die Abschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit diese nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt sind. [2] Über Anträge pharmazeutischer Unternehmer nach Artikel 4 der in Satz 1 genannten Richtlinie auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1, 1a und 3a vorgesehenen Abschlägen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit. [3] Das Vorliegen eines Ausnahmefalls und der besonderen Gründe sind im Antrag hinreichend darzulegen. [4] § 34 Absatz 6 Satz 3 bis 5 und 7 gilt entsprechend. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit kann Sachverständige mit der Prüfung der Angaben des pharmazeutischen Unternehmers beauftragen. [6] Dabei hat es die Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sicherzustellen. [7] § 137g Absatz 1 Satz 7 bis 9 und 13 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze berechnet werden können. [8] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Aufgaben nach den Sätzen 2 bis 7 auf eine Bundesoberbehörde übertragen.

(5) Der pharmazeutische Unternehmer kann berechtigte Ansprüche auf Rückzahlung der Abschläge nach den Absätzen 1, 1a, 2, 3a und 3b gegenüber der begünstigten Krankenkasse geltend machen.

(6) [1] Zum Nachweis des Abschlags übermitteln die Apotheken die Arzneimittelkennzeichen über die abgegebenen Arzneimittel sowie deren Abgabedatum auf der Grundlage der den Krankenkassen nach § 300 Abs. 1 übermittelten Angaben maschinenlesbar an die pharmazeutischen Unternehmer oder, bei einer Vereinbarung nach Absatz 5, an die pharmazeutischen Großhändler. [2] Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Abschlags an die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf maschinell lesbaren Datenträgern zu übermitteln. [3] Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen ge-

bildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker, der pharmazeutischen Großhändler und der pharmazeutischen Unternehmer können in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere regeln.

(7) [1] Die Apotheke kann den Abschlag nach Ablauf der Frist nach Absatz 1 Satz 4 gegenüber pharmazeutischen Großhändlern verrechnen. [2] Pharmazeutische Großhändler können den nach Satz 1 verrechneten Abschlag, auch in pauschalierter Form, gegenüber den pharmazeutischen Unternehmern verrechnen.

(8) [1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. [2] Dabei kann insbesondere eine mengenbezogene Staffelung des Preisnachlasses, ein jährliches Umsatzvolumen mit Ausgleich von Mehrerlösen oder eine Erstattung in Abhängigkeit von messbaren Therapieerfolgen vereinbart werden. [3] Verträge nach Satz 1 über patentfreie Arzneimittel sind so zu vereinbaren, dass die Pflicht des pharmazeutischen Unternehmers zur Gewährleistung der Lieferfähigkeit frühestens sechs Monate nach Versendung der Information nach § 134 Absatz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und frühestens drei Monate nach Zuschlagserteilung beginnt. [4] Der Bieter, dessen Angebot berücksichtigt werden soll, ist zeitgleich zur Information nach § 134 Absatz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen über die geplante Annahme des Angebots zu informieren. [5] Rabatte nach Satz 1 sind von den pharmazeutischen Unternehmern an die Krankenkassen zu vergüten. [6] Eine Vereinbarung nach Satz 1 berührt die Abschläge nach den Absätzen 3a und 3b nicht; Abschläge nach den Absätzen 1, 1a und 2 können abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist. [7] Die Krankenkassen oder ihre Verbände können Leistungserbringer oder Dritte am Abschluss von Verträgen nach Satz 1 beteiligen oder diese mit dem Abschluss solcher Verträge beauftragen. [8] Die Vereinbarung von Rabatten nach Satz 1 soll für eine Laufzeit von zwei Jahren erfolgen. [9] Dabei ist der Vielfalt der Anbieter Rechnung zu tragen. [10] **Satz 1 gilt nicht für Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i.**

(8a) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können einheitlich und gemeinsam zur Versorgung ihrer Versicherten mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für die jeweils verwendeten Fertigarzneimittel vereinbaren. [2] Absatz 8 Satz 2 bis 9 gilt entsprechend. [3] In den Vereinbarungen nach Satz 1 ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen.

(9) [1] Pharmazeutische Unternehmer können einen Antrag nach Absatz 4 Satz 2 auch für ein Arzneimittel stellen, das zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 zugelassen ist. [2] Dem Antrag ist stattzugeben, wenn der Antragsteller nachweist, dass durch einen Abschlag nach den Absätzen 1, 1a und 3a seine Aufwendungen insbesondere für Forschung und Entwicklung für das Arzneimittel nicht mehr finanziert werden.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2
Zu Satz 2
Die Praxis hat gezeigt, dass sich die Preisreferenzierung zur Bestimmung des Abschlags auf den Abgabepreis des pharmazeutische Unternehmers nach Satz 2 nicht bewährt hat, da ein tatsächlich gültiger Abgabepreis in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen regemäßig nicht vorliegt. Die Preisreferenzierung wird daher auf die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erweitert und es wird geregelt, dass nur solche Staaten in die Referenzierung einbezogen werden, in den der Impfstoff tatsächlich abgegeben wird. Für den Fall, dass in einem der vier Staaten, die das Deutschland am nächsten kommende Bruttonationaleinkommen aufweisen, der Impfstoff nicht abgegeben wird, ist künftig der Staat mit dem nächst höheren Bruttonationaleinkommen zu berücksichtigen. Zudem wird klargestellt, dass ausschließlich auf wirkstoffidentische Impfstoffe referenziert werden kann.
***Zu Satz 3* – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen**
Es wird geregelt, dass sich der Referenzabschlag nach Satz 1 für Impfstoffe zusätzlich um fünf Prozent und für saisonale Grippeimpfstoffe um zehn Prozent auf den Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers erhöht. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 129 Absatz 5 und trägt der Wirtschaftlichkeit auch bei der Versorgung mit Impfstoffen Rechnung.

Zu Satz 5
Es wird klargestellt, dass der Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 in Höhe von sieben Prozent des Abgabenpreises des pharmazeutischen Unternehmers entsprechend gilt, wenn der Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann. Dies entspricht den bestehenden Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des Herstellerabschlages für Impfstoffe.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2
Die Änderungen von Satz 2 und das Einfügen von Satz 5 entsprechen den Regelungen im Gesetzentwurf.
Der bisherige Buchstabe b* (Anmerkung: Einfügen von Satz 3) *wird gestrichen. Der zusätzliche Abschlag von 5 Prozent bei Impfstoffen und 10 Prozent bei Grippeimpfstoffen auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers wird aufgehoben. Dieser ist zwar grundsätzlich zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Jahr des Inkrafttretens geeignet, jedoch kann für die Folgejahre davon ausgegangen werden, dass der zusätzliche Abschlag durch den pharmazeutischen Unternehmer beim Herstellerabgabepreis berücksichtigt wird und sich damit in den folgenden Jahren keine Einsparungen ergeben. Die Ausweitung der Referenzstaaten auf die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und die Regelung, dass nur solche Staaten in die Referenzierung einbezogen werden, in denen eine Abgabe des wirkstoffidentischen Impfstoffs tatsächlich erfolgt, wird bereits zu einer Erhöhung des Referenzabschlags und einer ausreichenden Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen. Ein darüber hinausgehender zusätzlicher Abschlag birgt grundsätzlich Risiken für die Impfstoffversorgung in Deutschland, da der Herstellerabgabepreis für Impfstoffe unter einen durchschnittlichen europäischen Referenzpreis mit der Folge sinken kann, dass die Produktionsplanung für Deutschland reduziert wird, die Versorgung im Jahresverlauf später erfolgt oder Hersteller sich ggf. aus dem deutschen Markt zurückziehen. Zudem besteht die Gefahr des Exports von für den deutschen Markt bestimmten Impfstoffen in andere Staaten.
Zu Absatz 8 Satz 10
Mit dem GKV-Arzneimittelstärkungsgesetz vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wurde die Möglichkeit der Krankenkassen, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen Rabattverträge mit Herstellern zu schließen, abgeschafft. Es wird mit der Änderung klargestellt, dass Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i auch nicht Gegenstand von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 sein können. Die Klarstellung ist erforderlich geworden, nachdem es in der Praxis Bestrebungen einzelner Krankenkassen gab, vertragliche Regelungen über die Versorgung mit Impfstoffen zu treffen. Durch die Stärkung des Referenzabschlags nach § 130a Absatz 2 für zu Lasten der Krankenkassen abgegebene Impfstoffe für Schutzimpfungen werden zudem bereits hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 2 Satz 3
Durch die Einfügung des am 1. April 2014 in Kraft getretenen Absatzes 1 Satz 2 durch das 14. SGB V-Änderungsgesetz haben sich die Sätze in Absatz 1 verschoben. Es wurde versäumt, die Änderung in dem Verweis in Absatz 2 Satz 3 nachzuvollziehen. Dies wird hiermit nachgeholt.
Zu Absatz 3
Mit der Neuregelung wird der Verweis auf die Festbetragsregelungen aktualisiert. Bis zum 27. Dezember 2010 fand sich in § 35a eine Ermächtigungsgrundlage des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen und im Ausnahmefall Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen. Diese Regelung wurde gestrichen. § 35a regelt heute die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Verweis auf § 35a ist veraltet und daher zu streichen. In anderen Regelungen wird entsprechend stets nur auf § 35 verwiesen (vgl. §§ 92 Absatz 2 Satz 11, 130a Absatz 3a Satz 1).
Zu Absatz 3a
Mit der Neuregelung wird das geltende Preismoratorium unter Berücksichtigung des künftigen Inflationsausgleichs bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert.
Zugleich wird die Stellung der pharmazeutischen Unternehmer bei der Konkretisierung der Regelungen zum sogenannten „erweiterten" Preismoratorium gestärkt, indem die Herstellung des Benehmens mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene gesetzlich verankert wird. Zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten beitragende Weiterentwicklungen bewährter Wirkstoffe sollen nicht gehemmt werden.
Zu Satz 1
Das 2010 eingeführte Preismoratorium wird bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert.
Der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer ist gerechtfertigt. Mehrfach wurde vom Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als gewichtiger Gemeinwohlgrund Eingriffe in die Berufsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer rechtfertigen kann.

Im Zeitraum von 2004 bis 2015 sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankversicherung für die Arzneimittelversorgung um rund zwei Drittel angestiegen, während die Zahl der Verordnungen im Zeitraum von 2004 bis 2014 lediglich um 14 Prozent zugenommen hat. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben um 10,1 Prozent im Jahr 2014 und um 4,4 Prozent im Jahr 2015 hat innerhalb von zwei Jahren zu einer Erhöhung des Ausgabenvolumens von rund 30,3 Milliarden Euro (2013) auf 34,8 Milliarden Euro (2015) geführt und hat erhebliche Auswirkungen auf die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Der starke Anstieg der Arzneimittelausgaben in den vergangenen zwei Jahren hat wesentlich zur Erhöhung des Zusatzbeitrages beigetragen. Das Preismoratorium ist angesichts seines hohen Einsparpotentials und des bedeutenden Anteils der Arzneimittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung besonders effektiv. Ein Auslaufen des Preismoratoriums würde jährlich zu geschätzten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Größenordnung zwischen 1,5 und 2 Milliarden Euro gegenüber den Ausgaben des Jahres 2017 führen und hätte im Jahr 2018 erneut einen sprunghaften Anstieg der Arzneimittelausgaben zur Folge. Dieser Anstieg wäre auch für die Höhe der Zusatzbeitragssätze relevant.

Schon die geringe Zahl der vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle genehmigten Ausnahmen von den Herstellerabschlägen und vom Preismoratorium belegt, dass auch mit dem Preismoratorium hinreichende Verdienstmöglichkeiten für die pharmazeutische Industrie verbleiben. Auch werden die Arzneimittel, für die das Preismoratorium faktische Wirkung entfaltet, gerade nicht von anderen Regulierungsinstrumenten (Festbeträge, Erstattungsbeträge) erfasst. Es gibt zudem keine ebenso effektive und damit gleich geeignete Maßnahme zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen nutzen umfangreich die Möglichkeit, mit Herstellern Rabattverträge zu schließen. Dies führt für die gesetzliche Krankenversicherung auch zu erheblichen Einsparungen. Damit bestehen für einen Teil der vom Preismoratorium betroffenen Arzneimittel wettbewerbsadäquate Preise. Das Preismoratorium findet aber auch auf die Arzneimittel Anwendung, für die Rabattverträge bestehen, vgl. Absatz 8 Satz 4.

Zum Ende des Jahres 2022 wird das Segment der patentgeschützten Arzneimittel, für die aufgrund des Umstandes, dass sie vor der Einführung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen durch das AMNOG in den Verkehr gebracht wurden, kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde und auch kein Festbetrag festgesetzt wurde, weitgehend von anderen Regulierungsinstrumenten erfasst sein. Nach Ablauf des Patentschutzes kann ein Wettbewerb entstehen, der beispielsweise Festbeträge ermöglicht. Bis zu diesem Zeitpunkt bedarf es aber einer entsprechenden Regelung, um die Arzneimittelausgaben zu begrenzen. Auch für den Markt der patentfreien Arzneimittel, die nicht einer Festbetragsgruppe gemäß § 35 zugeordnet wurden und daher unter das Preismoratorium fallen, gilt, dass es sich um einen weitgehend wettbewerbsfreien Markt handelt. Monopolstellungen begünstigen hohe Preise, ohne dass dies mit einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten verbunden wäre. Eine unregulierte Preisbildung ist dem System der gesetzlichen Krankenversicherung ansonsten weitgehend fremd. So werden die Vergütungen für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung, die Krankenhausleistungen, die Preise für Heil- und Hilfsmittel sowie weitere ärztlich verordnete Leistungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen oder ihren Verbände ausgehandelt. Wenn zum Ende des Jahres 2022 der Markt der patentgeschützten Arzneimittel, die vor der Einführung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen durch das AMNOG in Verkehr gebracht wurden, weitgehend von Regulierungen erfasst wird, kann der Markt der patentfreien Arzneimittel, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, neu betrachtet werden. Es kann erst dann entschieden werden, ob es hier eigenständige Regulierungsinstrumente braucht.

Zu Satz 2

Durch die Einführung eines Inflationsausgleichs können pharmazeutische Hersteller die Preise der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Arzneimittel entsprechend erhöhen, ohne dass diese Erhöhung durch den Preismoratoriumsabschlag gemindert wird. Damit können steigende Personal- und Sachkosten von den pharmazeutischen Herstellern berücksichtigt werden. Auch wird durch einen Inflationsausgleich verhindert, dass aufgrund der Entwicklung einzelner Kostenfaktoren die Gewinnspannen der pharmazeutischen Industrie mit der Dauer immer stärker gekürzt werden. Ab Verlängerung des Preismoratoriums wird eine am Verbraucherpreisindex für Deutschland orientierte Minderung der aufgrund des Preismoratoriums zu leistenden Abschläge eingeführt. Am 1. Juli 2018 und in den Folgejahren jeweils am 1. Juli wird bei der Berechnung des Abschlags der Preisstand vom 1. August 2009 um den Betrag angehoben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Der Verbraucherpreisindex für Deutschland, der die durchschnittliche Preisveränderung aller Waren und Dienstleistungen misst, die von privaten Haushalten gekauft werden, ist zwar nicht passgenau für die pharmazeutische Industrie, bildet aber mittelbar gesamtwirtschaftliche Entwicklungen wie Kosten von Grundstoffen, Rohstoffen und Energie, aber auch Löhne und Gehälter ab. Bestehende alternative Preisindizes wie z. B der Index der Rohstoffpreise bilden nur einzelne Kosten des Bereiches ab. Der Termin 1. Juli ergibt sich aus der Feststellung des Verbraucherpreisindex durch das Statistische Bundesamt. Diese wird jeweils Ende Februar für das Vorjahr veröffentlicht. Danach bedarf es noch eines Zeitraums zur technischen Anpassung.

Zu Satz 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in Form einer Verweisanpassung.

Zu Satz 8 und 9
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in Form einer Verweisanpassung.
Zu Satz 11
Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der aufgrund des Preismoratoriums fällige Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt. Auch dazu regelt der GKV-Spitzenverband das Nähere. Mit diesem Instrument sollen Strategien zur Umgehung des Preismoratoriums verhindert werden. Es ist somit ein notwendiger Baustein zur Umsetzung des Preismoratoriums aus Satz 1.
Gleichzeitig soll das sogenannte „erweiterte" Preismoratorium nicht dazu führen, dass zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten beitragende Weiterentwicklungen bewährter Wirkstoffe und Innovationen gehemmt werden. Mit der Neuregelung wird die Stellung der pharmazeutischen Unternehmer bei dieser Konkretisierung gestärkt, indem vorgeschrieben wird, dass der GKV-Spitzenverband das Nähere im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene regeln muss. So wird sichergestellt, dass pharmazeutische Unternehmer den Nachweis über die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung für eine Verbesserung der Versorgung darstellen können und damit ihre Anliegen auch angemessen berücksichtigt werden können. Ein Einvernehmen im Sinne einer Zustimmung wird als nicht erforderlich angesehen, weil es auch im Interesse des GKV-Spitzenverbandes liegen muss, dass die für die medizinische Versorgung notwendigen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Dabei setzt die Herstellung des Benehmens voraus, dass dies unter sorgfältiger Würdigung der von den Unternehmen vorgebrachten Argumente erfolgt.
Als für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene sind solche Verbände anzusehen, deren satzungsgemäße Zwecksetzung die Vertretung von Unternehmen ist, die potentiell vom Preismoratorium nach Satz 3 betroffen sind.
In den Regelungen nach dem neuen Satz 11 ist auch das Nähere zur technischen Abwicklung des neu eingeführten Inflationsausgleichs zu regeln.
Zu Satz 12
Auch für Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken im Rahmen der ambulanten Behandlung nach § 129a abgegeben werden, haben Krankenkassen Anspruch auf den Abschlag nach Satz 1. Der Gesetzestext wird damit an die Regelung zum sonstigen Herstellerabschlag in Absatz 1 angeglichen. Der Abschlag wird gemäß dem Verweis auf Absatz 1 Satz 7 auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer bemessen, der bei Abgabe des Arzneimittels durch eine öffentliche Apotheke aufgrund der Preisvorschriften des AMG vom pharmazeutischen Unternehmer erhoben würde.
Zu Absatz 3b Satz 1 und 4
Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen in Form einer Verweisanpassung.
Zu Absatz 6 Satz 2 – aufgehoben
Die Regelung ist nicht mehr aktuell und wird daher aufgehoben.
Zu Absatz 8 Satz 3 und 4
Rabattverträge der einzelnen Krankenkassen sind ein wichtiges Instrument zur Regulierung der Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. 2015 betrugen die Einsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Rabattverträge rund 3,6 Milliarden Euro. Neben der Verfolgung des Ziels der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei Rabattverträgen auch die Versorgung mit Arzneimitteln zu gewährleisten.
Bereits derzeit sollen Rabattverträge für eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen werden, um unter anderem Planungssicherheit für pharmazeutische Unternehmer für diesen Zeitraum zu gewährleisten und gleichzeitig den berechtigten Interessen derjenigen Anbieter Rechnung zu tragen, die bei einem Rabattvertrag nicht zum Zuge gekommen sind (BT-Drs. 17/2413, S. 30). Zudem ist bei der Vergabe der Vielfalt der Anbieter Rechnung zu tragen. Nach § 97 Absatz 4 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen ausdrücklich mittelständische Interessen vornehmlich zu berücksichtigen.
Gerade auch diesen Interessen mittelständischer pharmazeutischer Unternehmer wird mit der Neuregelung Rechnung getragen. Wenngleich alle Beteiligten an den Verträgen nach Absatz 8 Satz 1 ein Interesse an einer Vertragsgestaltung haben sollten, die einen reibungslosen Ablauf ermöglicht, kam es in der Praxis teilweise zu Fristen zur Herstellung der Lieferfähigkeit, die die Zeiten für die Sicherstellung einer ausreichenden Produktion seitens der pharmazeutischen Unternehmer nicht angemessen berücksichtigten. Die sich dann gegebenenfalls ergebenden Vertragsstrafen und Schadensersatzforderungen können sich auf die Beteiligungsmöglichkeit gerade kleinerer und mittelständischer pharmazeutischer Unternehmer an Ausschreibungen auswirken.
Um eine reibungslose Belieferung sicherstellen zu können, sorgt die Neuregelung deshalb künftig dafür, dass Rabattverträge so abgeschlossen werden, dass sie Produktionszeiten stärker berücksichtigen. Die Regelung gilt nur, sofern Verträge über patentfreie Arzneimittel geschlossen werden, da ansonsten kein besonderes Schutzbedürfnis gesehen wird.

Ausschreibungen von Rabattverträgen unterfallen grundsätzlich dem Vergaberecht. Nach der Auswahl des Gewinners durch die Krankenkasse schreibt das Vergaberecht vor, dass zunächst die Unterlegenen informiert werden (§ 134 Absatz 1 GWB). Erst 15 Kalendertage (sogenannte Stillhalte- oder Wartefrist) später darf der Zuschlag erfolgen, der den Vertragsschluss bewirkt. Diese Frist verkürzt sich auf zehn Kalendertage, wenn die Information auf elektronischem Weg oder per Fax versendet wird. Sofern ein Unterlegener Rechtsschutz in Form eines Nachprüfungsverfahrens beantragt, darf die Krankenkasse den Zuschlag erst nach Entscheidung der Vergabekammer und dem Ablauf der Beschwerdefrist erteilen (gesetzliches Zuschlagsverbot). Gegebenenfalls schließt sich ein Verfahren vor dem Oberlandesgericht an. Eine vorherige Zuschlagserteilung – während des laufenden Rechtsschutzverfahrens – ist bei der Vergabe von Rabattverträgen regelmäßig nicht möglich. Folge des gesetzlichen Zuschlagsverbots bis zum Abschluss des Primärrechtschutzverfahrens ist somit ein deutlicher Zeitablauf bis zur Erteilung des Zuschlags.

Vor diesem Hintergrund wird für den Beginn der Frist von sechs Monaten nicht auf die Erteilung des Zuschlags, sondern auf die Versendung der Information nach § 134 Absatz 1 GWB abgestellt. Anderenfalls könnte es zu rabattvertragsfreien Zeiten im Fall von Nachprüfungsverfahren kommen, wenn etwa bestehende Rabattverträge während dieser Zeit auslaufen oder die im Angebot abgegebene Bindefrist des Bieters überschritten wird. Um dieser Gefahr zu begegnen, wird am Zeitpunkt der Informationspflicht nach § 134 Absatz 1 GWB angesetzt. Nach § 134 Absatz 1 GWB sind nur die Bieter und Bewerber zu informieren, deren Angebote nicht berücksichtigt werden sollen. Die Neuregelung schreibt für Rabattverträge nach Absatz 8 Satz 1 auch eine Information des Bieters oder der Bieter vor, dessen oder deren Angebote berücksichtigt werden soll bzw. sollen und ermöglicht diesem bzw. diesen damit, seine oder ihre Produktion – vorbehaltlich des Ausgangs des Rechtsschutzverfahrens – darauf einzustellen.

Die Pflicht des pharmazeutischen Unternehmers zur Gewährleistung der Lieferfähigkeit darf künftig frühestens sechs Monate nach Versendung der Information nach § 134 Absatz 1 GWB einsetzen. Erst ab diesem Zeitpunkt dürfen den pharmazeutischen Unternehmer dann auch Sanktionen wie Vertragsstrafen und Schadenersatzforderungen wegen Nichterfüllung der Lieferverpflichtung treffen. Der Beginn der Rabattverträge bleibt von der Neuregelung unberührt. Es gibt durchaus auch pharmazeutische Unternehmer, die zu einem frühen Vertragsbeginn in der Lage sind, ihrer Lieferverpflichtung nachzukommen, was durch starre Fristen für den Beginn des Rabattvertrags nicht behindert werden soll. Sanktionen können pharmazeutische Unternehmer aber unabhängig vom Zeitpunkt des Vertragsbeginns erst sechs Monate nach Versendung der Information gemäß § 134 Absatz 1 GWB treffen. So bleibt eine angemessene Zeit für den pharmazeutischen Unternehmer, sich auf den Beginn der Gewährleistungspflicht einzustellen. Um sicherzustellen, dass dem pharmazeutischen Unternehmer – auch im Fall eines Rechtsschutzverfahrens – eine angemessene Zeit zur Produktion bleibt, darf die Gewährleistungspflicht frühestens drei Monate nach Zuschlagserteilung beginnen. Die Regelung gilt für den Abschluss von Rabattverträgen nach Inkrafttreten der Regelung und berührt nicht die Geltung bereits geschlossener Rabattverträge.

Zu Absatz 8a

Nach dieser Regelung können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zur Versorgung ihrer Versicherten mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte vereinbaren. Durch die kassenartenübergreifende Vereinbarung wird das Wirtschaftlichkeitsgebot auch im Hinblick auf Verwürfe berücksichtigt. In den Verträgen sind Vereinbarungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten vorzusehen. Zur Erreichung dieses Ziels sollen im Einzelfall auch Verträge mit mehreren pharmazeutischen Unternehmern geschlossen werden.

Zu Absatz 8a Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

§ 130b

Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit pharmazeutischen Unternehmern im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 mit Wirkung für alle Krankenkassen Erstattungsbeträge für Arzneimittel, die mit diesem Beschluss keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. [2] Dabei soll jeweils ein Vertreter einer Krankenkasse an der Verhandlung teilnehmen; das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung. [3] Für Arzneimittel nach § 129a kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer höchstens der Erstattungsbetrag vereinbart werden. [4] § 130a Absatz 8 Satz 6 gilt entsprechend. [5] Die Vereinbarung soll auch Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung beinhalten.

[6] Der pharmazeutische Unternehmer soll dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Angaben zur Höhe seines tatsächlichen Abgabepreises in anderen europäischen Ländern übermitteln. [7] Die Verhandlungen und deren Vorbereitung einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages sind vertraulich.

(1a) [1] Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 können insbesondere auch mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart werden. [2] Eine Vereinbarung nach Absatz 1 kann auch das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigen. [3] Dies kann eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags oder die Berücksichtigung mengenbezogener Aspekte erforderlich machen. [4] Das Nähere zur Abwicklung solcher Vereinbarungen, insbesondere im Verhältnis zu den Krankenkassen und im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung.

(2) [1] Eine Vereinbarung nach Absatz 1 soll vorsehen, dass Verordnungen des Arzneimittels von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anerkannt werden, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. [2] Diese Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zu hinterlegen. [3] Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

(3) [1] Für ein Arzneimittel, das nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 keinen Zusatznutzen hat und keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, soll ein Erstattungsbetrag nach Absatz 1 vereinbart werden, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die nach § 35a Absatz 1 Satz 7 bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. [2] Sind nach § 35a Absatz 1 Satz 7 mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, soll der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen als die wirtschaftlichste Alternative. [3] Absatz 2 findet keine Anwendung. [4] Soweit nichts anderes vereinbart wird, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Festsetzung eines Festbetrags nach § 35 Absatz 3 die Vereinbarung abweichend von Absatz 7 außerordentlich kündigen. [5] Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die nach § 35a Absatz 1 Satz 7 bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. [6] Sind nach § 35a Absatz 1 Satz 7 mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die wirtschaftlichste Alternative.

(3a) [1] Der nach Absatz 1 vereinbarte Erstattungsbetrag gilt einschließlich der Vereinbarungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Absatz 2 für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, die ab dem 1. Januar 2011 in Verkehr gebracht worden sind. [2] Er gilt ab dem 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. [3] Wird auf Grund einer Nutzenbewertung nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser ab dem 13. Monat nach Zulassung des neuen Anwendungsgebiets. [4] In den Fällen, in denen die Geltung des für ein anderes Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff vereinbarten Erstattungsbetrags im Hinblick auf die Versorgung nicht sachgerecht wäre oder eine unbillige Härte darstellen würde, vereinbart der GKV-Spitzenverband mit dem pharmazeutischen Unternehmer abweichend von Satz 1 insbesondere einen eigenen Erstattungsbetrag. [5] Der darin vereinbarte Erstattungsbetrag gilt ebenfalls ab dem 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff mit der Maßgabe, dass die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem bis zu dessen Vereinbarung tatsächlich gezahlten Abgabepreis auszugleichen ist. [6] Das Nähere, insbesondere zur Abgrenzung der Fälle nach Satz 4, ist in der Vereinbarung nach Absatz 9 zu regeln.

(4) [1] Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 oder 3 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung des Beschlusses nach § 35a Absatz 3 oder nach § 35b Absatz 3 zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 5 den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest. [2] Die Schiedsstelle entscheidet unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalls und berücksichtigt dabei die Be-

sonderheiten des jeweiligen Therapiegebietes. [3] Der im Schiedsspruch festgelegte Erstattungsbetrag gilt ab dem 13. Monat nach dem in § 35a Absatz 1 Satz 3 genannten Zeitpunkt mit der Maßgabe, dass die Preisdifferenz zwischen dem von der Schiedsstelle festgelegten Erstattungsbetrag und dem tatsächlich gezahlten Abgabepreis bei der Festsetzung auszugleichen ist. [4] Die Schiedsstelle gibt dem Verband der privaten Krankenversicherung vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. [5] Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. [6] Ein Vorverfahren findet nicht statt. [7] Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

(5) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus jeweils zwei Vertretern der Vertragsparteien nach Absatz 1. [3] **Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.** [4] Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen. [5] Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Verbände nach Satz 1 einigen. [6] Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt **§ 89 Absatz 6 Satz 3** entsprechend.

(6) [1] Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. [2] Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Verbänden nach Absatz 5 Satz 1. [3] Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. [4] Im Übrigen gilt § 129 Absatz 9 und 10 entsprechend. [5] **In der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 kann das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten geregelt werden.**

(7) [1] Eine Vereinbarung nach Absatz 1 oder 3 oder ein Schiedsspruch nach Absatz 4 kann von einer Vertragspartei frühestens nach einem Jahr gekündigt werden. [2] Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort. [3] Bei Veröffentlichung eines neuen Beschlusses zur Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 oder zur Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b Absatz 3 für das Arzneimittel sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Bildung einer Festbetragsgruppe nach § 35 Absatz 1 ist eine Kündigung vor Ablauf eines Jahres möglich.

(7a) [1] Für Arzneimittel, für die nach dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 ein Zusatznutzen in keinem Anwendungsgebiet belegt ist und für die vor dem 13. Mai 2017 ein Erstattungsbetrag nach Absatz 3 vereinbart oder nach Absatz 4 festgesetzt wurde, kann die Vereinbarung oder der Schiedsspruch von jeder Vertragspartei bis zum 13. August 2017 gekündigt werden, auch wenn sich das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht im Verkehr befindet. [2] Im Fall einer Kündigung nach Satz 1 ist unverzüglich erneut ein Erstattungsbetrag nach Absatz 3 zu vereinbaren. [3] Satz 1 gilt nicht, wenn der Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt.

(8) [1] Nach einem Schiedsspruch nach Absatz 4 kann jede Vertragspartei beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b beantragen. [2] Die Geltung des Schiedsspruchs bleibt hiervon unberührt. [3] Der Erstattungsbetrag ist auf Grund des Beschlusses über die Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b Absatz 3 neu zu vereinbaren. [4] Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend.

(9) [1] Die Verbände nach Absatz 5 Satz 1 treffen eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für Vereinbarungen nach Absatz 1. [2] Darin legen sie insbesondere Kriterien fest, die neben dem Beschluss nach § 35a und den Vorgaben nach Absatz 1 zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 1 heranzuziehen sind. [3] Für Arzneimittel, für die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 35a Absatz 3 einen Zusatznutzen festgestellt hat, sollen die Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel sowie die tatsächlichen Abgabepreise in anderen europäischen Ländern gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten berücksichtigt werden. [4] In der Vereinbarung nach Satz 1 sind auch Maßstäbe für die Angemessenheit der Abschläge nach Absatz 3 Satz 5 und 6 zu vereinbaren. [5] In der Vereinbarung nach Satz 1 ist auch das Nähere zu Inhalt, Form und Verfahren der jeweils erforderlichen Auswertung der Daten nach § 217f Absatz 7 und der Übermittlung der Auswertungsergebnisse an

den pharmazeutischen Unternehmer sowie zur Aufteilung der entstehenden Kosten zu vereinbaren. [6] Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 fest. [7] Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt **Satz 6** entsprechend. [8] Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. [9] Ein Vorverfahren findet nicht statt. [10] Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen schließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung über die von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zu erstattenden Kosten für die Nutzenbewertung nach § 35a und für die Kosten-Nutzenbewertung nach § 35b sowie für die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 4.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 5
Zu Satz 3
Es wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt ist, auch an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilzunehmen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die eigentliche Konfliktlösung erst in der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle erfolgt, während in der mündlichen Verhandlungen lediglich die Ausgangspo-sitionen der Parteien dargestellt werden.
Zu Satz 6
Bei der Änderung in § 130b Absatz 5 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitestgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter zwischen den Verbänden nicht zustande, erfolgt die Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall vier Jahre. Insoweit wird auf die eingehende Begründung zur Neufassung von § 89 und § 89a verwiesen.
Zu Absatz 6 Satz 5
Es wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch das Nähere über das Teilnahmerecht an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 regeln kann.
Zu Absatz 9 Satz 7
Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Begründung zum AMVSG:

Zur Überschrift
Ergänzung der Überschrift um die neue Verordnungsermächtigung – Anmerkung: in Absatz 1b – GE, der durch den 14. Ausschuss entfallen ist.
Zu Absatz 1 Satz 4
Durch die Einfügung neuer Sätze in § 130a Absatz 8 ist der Verweis anzupassen.
Zu Absatz 1a
Der Beschluss über den Zusatznutzen nach § 35a Absatz 3 bleibt unverändert Grundlage für die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags. Auf dieser Grundlage kommt den Vertragspartnern bereits jetzt ein Verhandlungsspielraum zu, innerhalb dessen sie unter Beachtung der Umstände des Einzelfalls einen Erstattungsbetrag vereinbaren.
Dabei kann es in bestimmten Fällen sinnvoll sein, den Erstattungsbetrag nach Mengenvolumen zu staffeln oder das Mengen- oder Umsatzvolumen insgesamt zu begrenzen, sofern dies unter dem Aspekt der Versorgung sinnvoll ist. Die Regelung stellt klar, dass eine Vereinbarung nach Absatz 1 auch mengenbezogene Elemente enthalten kann, sofern dies im Einzelfall angemessen ist. Dabei kann auch das Ausgabenvolumen, das insgesamt durch ein Arzneimittel verursacht wird, im Verhältnis zu seinem Stellenwert in der Versorgung Berücksichtigung finden.
Zu Absatz 1b – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen
Der Erstattungsbetrag darf künftig nicht mehr öffentlich gelistet werden. Er darf nur solchen Institutionen zur Verfügung gestellt werden, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Damit wird verhindert, dass ausländische Behörden die für Deutschland verhandelten Erstattungsbeträge zur Grundlage ihrer eigenen Preisbildung machen.
Von Seiten der pharmazeutischen Industrie wird seit langem vorgetragen, der nach § 130b vereinbarte Erstattungsbetrag habe beträchtliche Auswirkungen auf die Preise in anderen Ländern, da viele Länder bei

ihrer Preisbildung auf den deutschen Preis Bezug nähmen. In der Folge habe der in Deutschland vereinbarte Preis für die Unternehmen deutlich über den deutschen Markt hinausgehende wirtschaftliche Auswirkungen. Dies schränke den Spielraum für Preisvereinbarungen ein. Wäre der für Deutschland vereinbarte Preis für Behörden anderer Länder nicht zugänglich, so wird vorgetragen, könnten für Deutschland niedrigere Preise vereinbart werden.
Der Erstattungsbetrag wird weiterhin denjenigen Institutionen zur Verfügung stehen, die ihn zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in Deutschland benötigen.
Dies ist erforderlich, um die Funktionsfähigkeit der bestehenden Verfahren in Deutschland ohne gravierende Störung zu gewährleisten. Um ein reibungsloses Funktionieren der Verordnung und Abrechnung von Leistungen nach § 31 innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, ist es erforderlich, all jenen den Zugang zu den relevanten Informationen zu ermöglichen, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Ein systematischer Zugang zu den Erstattungsbeträgen ist für ausländische Behörden jedoch nicht mehr möglich.
Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie das Nähere zu regeln. Es wird ein Verfahren entwickeln um sicherzustellen, dass der Erstattungsbetrag unter Verzicht auf die öffentliche Listung zwischen Apothekern, Großhändlern, pharmazeutischen Unternehmern sowie gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen abgerechnet werden kann und die Ärzte ihrem aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot resultierenden gesetzlichen Auftrag nachkommen können.
Zu Absatz 2 Satz 2
Redaktionelle Anpassung des Verweises an die Änderung § 73.
Zu Absatz 3
Zu Satz 1 und 2
Mit der Änderung wird der Verhandlungsspielraum von GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer bei der Vereinbarung des Erstattungsbetrags in Einzelfällen erweitert.
Die derzeitige Regelung schreibt vor, dass für Arzneimittel, für die ein Zusatznutzen nach § 35a nicht belegt ist und die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren ist, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind mehrere zweckmäßige Vergleichstherapien bestimmt, darf der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen als die wirtschaftlichste Alternative. Daran soll im Grundsatz festgehalten werden. Für ein Arzneimittel, für das keine therapierelevanten Vorteile in der Versorgung belegt sind, kann gegenüber der Standardtherapie auch weiterhin kein höherer Preis beansprucht werden. Durch die Regelung wird der Verhandlungsspielraum jedoch für den Einzelfall erweitert. Wie sich in der Praxis gezeigt hat, kann die derzeitige enge und unflexible Vorgabe es in bestimmten Einzelfällen erschweren, einen angemessenen Preis zu vereinbaren. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn für unterschiedliche Patientengruppen unterschiedliche, im Preis stark divergierende Vergleichstherapien bestimmt sind. Durch die „Soll"-Formulierung ist klargestellt, dass diese Flexibilisierung nur im begründeten Einzelfall zum Tragen kommt und im Regelfall die Bindung an den Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie weiterbesteht.
Zu Satz 5 und 6
Nach § 35a Absatz 1 Satz 5 gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt, wenn der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorlegt. Die Sätze 1 und 2 regeln die Rechtsfolgen für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss nach § 35a Absatz 3 einen Zusatznutzen als nicht belegt erachtet. Dabei wird bisher nicht unterschieden, ob sich aufgrund der Bewertung der vom pharmazeutischen Unternehmer eingereichten Unterlagen ein Zusatznutzen nicht bestätigt hat oder ob der Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt. Künftig ist bei der Vereinbarung eines Erstattungsbetrags zwischen diesen beiden Fällen zu unterscheiden. Gilt ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt, ist künftig ein angemessener Abschlag auf den sich nach den Sätzen 1 und 2 ergebenden Betrag vorzusehen.
Reicht ein pharmazeutischer Unternehmer keine oder unvollständige Unterlagen ein, ist ein angemessener Abschlag auf den Erstattungsbetrag sachgerecht. In diesem Fall kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Arzneimittel einen geringeren Nutzen als die zweckmäßige Vergleichstherapie hat. In jedem Fall stehen wichtige Informationen über das Arzneimittel für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland nicht zur Verfügung. Maßstäbe zur Angemessenheit der Abschläge sind in der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 zu regeln.
Zu Absatz 3b – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen
Innerhalb der ersten zwölf Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff ist die Preisbildung grundsätzlich frei. In einigen Fällen sind den Krankenkassen in der Vergangenheit bereits im ersten Jahr derart hohe Ausgaben entstanden, dass eine Begrenzung auch dann für angemessen erachtet wird, wenn für das Arzneimittel ein Zusatznutzen von beträchtlichem oder erheblichem Ausmaß nachgewiesen wurde. Damit soll verhindert werden, dass einzelne Arzneimittel innerhalb des ersten Jahres und damit bis zur Geltung des vereinbarten Erstattungsbetrags die Solidargemeinschaft über Gebühr belasten. Die freie Preisbildung im ersten Jahr bleibt jedoch im Grundsatz erhalten. Über-

schreiten die Ausgaben für alle Arzneimittel mit demselben Wirkstoff innerhalb der ersten zwölf Monate nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit diesem Wirkstoff den Wert von 250 Millionen Euro, gilt daher der Erstattungsbetrag künftig ab dem folgenden Monat. Maßgeblich sind die nach § 84 Absatz 5 festgestellten Ausgaben. Die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und den nach dem relevanten Zeitpunkt tatsächlich von den Krankenkassen bezahlten Beträgen ist von den pharmazeutischen Unternehmern auszugleichen.
Zu Absatz 9 Satz 4
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Absatz 3. In der Rahmenvereinbarung sind auch die Maßstäbe für die Angemessenheit der Abschläge nach Absatz 3 Satz 5 und 6 zu vereinbaren.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1b – GE – entfallen
Mit dem Gesetzentwurf war vorgesehen, dass der Erstattungsbetrag künftig nicht mehr öffentlich gelistet werden dürfe. Diese Regelung wird gestrichen. Ein Verzicht auf die öffentliche Listung des Erstattungsbetrags würde zu weniger Transparenz führen.
Zu Absatz 3b – GE – entfallen
Mit dem Gesetzentwurf war vorgesehen, die Ausgaben, die den Krankenkassen durch ein Arzneimittel im ersten Jahr nach seinem Inverkehrbringen entstehen können, zu begrenzen. Diese Regelung wird gestrichen.
Zu Absatz 7a
Gemäß den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des Absatzes 3 Satz 1 und 2 kann künftig in begründeten Einzelfällen von der Vorgabe abgewichen werden, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Durch die nunmehr in dem neuen Absatz 7a vorgesehene Regelung kann von dieser Möglichkeit innerhalb eines Übergangszeitraums auch für Arzneimittel Gebrauch gemacht werden, für die bereits vor Inkrafttreten dieser Regelung nach Artikel 7 Absatz 1 des Gesetzentwurfs ein Erstattungsbetrag nach Absatz 3 vereinbart oder von der Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt wurde. Die Übergangsregelung ist auch anwendbar für Arzneimittel, die derzeit in Deutschland nicht im Verkehr sind. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des Absatzes 3 Satz 1 und 2 sind nur für begründete Einzelfälle bestimmt und sollen somit in der Praxis einen Ausnahmefall darstellen. Sie eröffnen für solche Einzelfälle jedoch die Möglichkeit, von der nach der derzeitigen Rechtslage strikten Vorgabe abzuweichen, wenn dies aus Gründen der Versorgung erforderlich ist. In den Einzelfällen soll es keinen Unterschied machen, ob der Erstattungsbetrag vor dem Inkrafttreten der Änderungen des Absatzes 3 Satz 1 und 2 bereits vereinbart worden ist oder nicht. Deshalb kann innerhalb eines begrenzten Zeitraums von der neuen Möglichkeit auch für Arzneimittel Gebrauch gemacht werden, für die vor dem Inkrafttreten der Änderungen bereits ein Erstattungsbetrag vereinbart oder festgesetzt wurde. Der kurze Zeitraum für die Kündigung der Vereinbarung ist sachgerecht, um einerseits die Möglichkeit für die erneute Vereinbarung eines Erstattungsbetrags zu eröffnen und gleichzeitig den Zeitraum zu begrenzen, in dem bereits abgeschlossene Verfahren wieder eröffnet werden können.
Gilt ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt, weil die erforderlichen Unterlagen zum Nachweis des Zusatznutzens nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt wurden, kann von der Möglichkeit, den Erstattungsvertrag neu zu vereinbaren, kein Gebrauch gemacht werden. In diesem Fall ist nicht davon auszugehen, dass der pharmazeutische Unternehmer ein ernsthaftes Interesse an der Vereinbarung eines dem möglichen Stellenwert des Arzneimittels in der Versorgung entsprechenden Erstattungsbetrags hat. Zudem kommt die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung in Absatz 3 Satz 1 und 2 in diesen Fällen künftig auch nicht zum Tragen. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in Absatz 3 Satz 5 und 6 ist künftig für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Die Regelung findet ebenfalls keine Anwendung für Arzneimittel, die der pharmazeutische Unternehmer aufgrund der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 vor Beginn der Verhandlung über einen Erstattungsbetrag aus dem Verkehr genommen hat.

§ 130c

Verträge von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern

(1) [1] Krankenkassen oder ihre Verbände können abweichend von bestehenden Vereinbarungen oder Schiedssprüchen nach § 130b mit pharmazeutischen Unternehmern Vereinbarungen über die Erstattung von Arzneimitteln sowie zur Versorgung ihrer Versicherten mit Arzneimitteln treffen. [2] Dabei kann insbesondere eine mengenbezogene Staffelung des Preisnachlasses, ein jährliches Umsatzvolumen mit Ausgleich von Mehrerlösen oder eine Erstattung in Abhängigkeit von messbaren Therapieerfolgen vereinbart werden. [3] Durch eine Vereinbarung nach Satz1 kann eine Vereinbarung nach § 130b ergänzt oder ganz oder teilweise abgelöst werden; dabei können auch zusätzliche Rabatte auf den

Erstattungsbetrag vereinbart werden. [4] § 78 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes bleibt unberührt. [5] Die Ergebnisse der Bewertungen nach den §§ 35a und 35b, die Richtlinien nach § 92, die Vereinbarungen nach § 84 und die Informationen nach § 73 Absatz 8 Satz 1 sind zu berücksichtigen. [6] § 130a Absatz 8 gilt entsprechend.

(2) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte umfassend über die vereinbarten Versorgungsinhalte.

(3) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit Ärzten, kassenärztlichen Vereinigungen oder Verbänden von Ärzten Regelungen zur bevorzugten Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 1 entsprechend § 84 Absatz 1 Satz 5 treffen.

(4) Arzneimittelverordnungen im Rahmen einer Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen, soweit dies vereinbart wurde und die vereinbarten Voraussetzungen zur Gewährleistung von Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung eingehalten sind.

(5) [1] Informationen über die Regelungen nach Absatz 3 sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zu hinterlegen. [2] Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

Begründung zum AMVSG:

Zu Absatz 1 Satz 3 und 4
Die Änderung bewirkt eine Klarstellung des Verhältnisses der Verträge einzelner Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern zu den Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130b.
Es wird klargestellt, dass ein Vertrag nach Satz 1 eine Vereinbarung nach § 130b ganz oder auch nur teilweise ablösen kann und dass der nach § 130b vereinbarte Erstattungsbetrag als Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach § 78 Absatz 3a AMG unberührt bleibt. Bei einer teilweisen Ablösung gelten die nicht abgelösten Teile der Vereinbarung nach § 130b fort. Der nach § 130b vereinbarte Erstattungsbetrag kann dadurch jedoch nicht abgelöst werden. Es können insofern lediglich zusätzliche Rabatte vereinbart werden. Dies ergibt sich bereits daraus, dass nach § 78 Absatz 3a AMG das Arzneimittel stets zum Erstattungsbetrag nach § 130b abgegeben wird. Dies gilt unabhängig davon, ob einzelne Krankenkassen eine ablösende Vereinbarung getroffen haben. Denn bei Abgabe des Arzneimittels durch den pharmazeutischen Unternehmer ist nicht bekannt, zu wessen Lasten das Arzneimittel schließlich von der Apotheke abgegeben wird. Ist ein zusätzlicher Rabatt mit einer Krankenkasse vereinbart, wird dieser nach dem bisherigen Satz 5 i. V. m. § 130a Absatz 8 Satz 3 vom pharmazeutischen Unternehmer unmittelbar an die Krankenkasse vergütet.
Zu Absatz 5 Satz 1
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 73 Absatz 9. Der Verweis wird an die Änderung angepasst.

§ 131

Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene können einen Vertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung schließen.

(2) Der Vertrag kann sich erstrecken auf

1. die Bestimmung therapiegerechter und wirtschaftlicher Packungsgrößen und die Ausstattung der Packungen,
2. Maßnahmen zur Erleichterung der Erfassung und Auswertung von Arzneimittelpreisdaten, Arzneimittelverbrauchsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten einschließlich des Datenaustausches, insbesondere für die Ermittlung der Preisvergleichsliste (§ 92 Abs. 2) und die Festsetzung von Festbeträgen.

(3) § 129 Abs. 3 gilt für pharmazeutische Unternehmer entsprechend.

(4) [1] Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 oder zur Erfüllung der Aufgaben nach § 35a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 sowie die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 129 Abs. 1a erforderlichen Daten dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen. [2] Für die Abrechnung von Fertigarzneimitteln, von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, übermitteln die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktangaben einschließlich der Rabatte nach § 130a an die in § 129 Absatz 2 genannten Verbände sowie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Gemeinsamen Bundesausschuss im Wege elektronischer Datenübertragung und maschinell verwertbar auf Datenträgern; dabei ist auch der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach § 129 Absatz 5a sowie für Produkte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 1 und 4 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzugeben. [3] Das Nähere zur Übermittlung der in Satz 2 genannten Angaben vereinbaren die Verbände nach § 129 Absatz 2. [4] Sie können die Übermittlung der Angaben nach Satz 2 innerhalb angemessener Frist unmittelbar von dem pharmazeutischen Unternehmer verlangen. [5] Sie können fehlerhafte Angaben selbst korrigieren und die durch eine verspätete Übermittlung oder erforderliche Korrektur entstandenen Aufwendungen geltend machen. [6] Die nach Satz 2 übermittelten Angaben oder, im Falle einer Korrektur nach Satz 5, die korrigierten Angaben sind verbindlich. [7] Die Abrechnung der Apotheken gegenüber den Krankenkassen und die Erstattung der Abschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3a und 3b durch die pharmazeutischen Unternehmer an die Apotheken erfolgt auf Grundlage der Angaben nach Satz 2. [8] Die Korrektur fehlerhafter Angaben und die Geltendmachung der Ansprüche kann auf Dritte übertragen werden. [9] Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 4 können einstweilige Verfügungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in den §§ 935 und 940 der Zivilprozessordnung bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. [10] Entsprechendes gilt für einstweilige Anordnungen nach § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes.

(5) [1] Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel das Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 in einer für Apotheken maschinell erfassbaren bundeseinheitlichen Form anzugeben. [2] Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene in Verträgen.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 4 Satz 2

Pharmazeutische Unternehmer sind gesetzlich verpflichtet, die für die Abrechnung von Fertigarzneimitteln erforderlichen Preis- und Produktangaben an den GKV-Spitzenverband, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den G-BA zu übermitteln. Mit der Neuregelung wird diese Verpflichtung auch auf die Hersteller von Medizinprodukten, die nach den vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erlassenen Richtlinien ausnahmsweise in die Versorgung einbezogen sind, übertragen (derzeit Anlage V der AM-RL), § 31 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 4. Dies betrifft sogenannte „arzneimittelähnliche" Produkte ebenso wie „verbandmittelähnliche" Produkte, die nicht unter die Definition der Verbandmittel gemäß § 31 Absatz 1a Satz 1 fallen. Ebenfalls erfasst sind Verbandmittel im Sinne des § 31 Absatz 1a Satz 1.

Diese Produkte sind bislang nicht hinreichend gelistet. Dadurch fehlt es an der notwendigen Markttransparenz. Dies beeinträchtigt das Verhalten der Beteiligten zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung.

Übermittelt wird für diese Produkte auch ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV, anhand dessen für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt erkennbar ist, ob ein Mittel vom G-BA gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ausnahmsweise in die Liste der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Medizinprodukte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a Satz 4 aufgenommen wurde, bzw. ob es sich um ein Verbandmittel im Sinne des § 31 Absatz 1a Satz 1 handelt. So wird Transparenz und Rechtsklarheit für die verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte geschaffen. Die Korrekturrechte des Absatzes 4 Satz 5 gelten wegen des Verweises auf Satz 2.

Achter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 132

Versorgung mit Haushaltshilfe

(1) [1] Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. [2] Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. [3] Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. [4] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. [5] Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen.

(2) [1] Die Krankenkasse hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. [2] Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.

§ 132a

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. [2] Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. [4] In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte **sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch** und
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

[5] Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs

an diesen Leistungen oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen. [6] In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 6 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4. [7] Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.

(2) [1] Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 3 anrufen. [2] Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. [3] Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 1. Juli 2017 eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [3] Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. [4] Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. [5] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt **§ 89 Absatz 6 Satz 3** entsprechend. [6] Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. [7] § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) [1] Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. [2] Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. [3] Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. [4] Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. [5] Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. [6] Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. [7] **Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht.** [8] **Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 6 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.** [9] Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. [10] Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. [11] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. [12] Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. [13] Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. [14] Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 5 erbringt, wenn er diese Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt. [15] Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3 Satz 5

Der Änderung liegt die Änderung des § 89 zugrunde. Soweit sich die Rahmenempfehlungspartner zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege über den Vorsitzenden der gemeinsamen Schiedsstelle, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nicht einigen, erfolgt nach der neuen Verweisung eine Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde für die Amtsdauer von vier Jahren. Nach bisheriger Verweisung wurde die Entscheidung durch Los mit einer Amtsdauer von nur einem Jahr getroffen.

Begründung zum PpSG:

***Zu Absatz 1 Satz 4 Nummer 5* – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss**
Zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung gehört eine bessere Vergütung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind Grundsätze für einen unbürokratisch zu gewährenden zusätzlichen Wegekostenzuschlag, der den entsprechenden Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 festzulegen. Die Regelung ist bis zum 30. Juni 2019 zu treffen.
Die Bundesrahmenempfehlungen regeln die Grundlagen der Leistungserbringung. Diese sind nach § 132a Absatz 1 Satz 7 SGB V in den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen, in denen die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einschließlich der Preise und deren Abrechnung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt werden. Dort können auch regionale Rahmenbedingungen und vorhandene Strukturen berücksichtigt werden.
Die Kranken- und Pflegekassen haben zwar bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, mit Pflegediensten Wegekostenzuschläge bei der Versorgung von Versicherten in unterversorgten ländlichen Gebieten zu vereinbaren. Durch die Änderung des § 132a Absatz 1 werden der GKV-Spitzenverband, zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene nun aber ausdrücklich verpflichtet, entsprechende Vorgaben für die Vergütung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen in die gemeinsamen Rahmenempfehlungen aufzunehmen, die dann auch verpflichtend in den Einzelverträgen nach Absatz 4 zu berücksichtigen sind. In ihrer Wirkung erstrecken sich die Rahmenempfehlungen für diesen Aspekt auch ausdrücklich auf den Bereich der ambulanten Pflege des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die entsprechende Regelung erfolgt darauf abgestimmt in § 89 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 4 Nummer 5
Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur besseren Vergütung der Wegezeiten wird durch die Formulierung „Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen“ auf alle Bereiche ausgeweitet, bei denen die Versorgung nur durch längere Wegezeiten sichergestellt werden kann.
Zu Absatz 4 Satz 7 und 8
Nach § 132a Absatz 4 Satz 5 haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Ergänzend wird geregelt, dass Verträge nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn die Vergütungen dadurch begründet sind, dass Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem nicht entgegen gehalten werden kann. Für Leistungserbringer sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entsprechend zu entlohnen. Die Regelung entspricht den für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in § 89 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestehenden Vorgaben. Um sicherzustellen, dass die Vergütungen bei den Beschäftigten ankommen, werden die Leistungserbringer verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen der Krankenkassen nachzuweisen (die Regelung entspricht § 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 84 Absatz 7 SGB XI). Die neuen Regelungen ergänzen die Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach Absatz 1, in denen nach Satz 4 Nummer 5 Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte zu regeln sind.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 1
§ 132a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP) abzugeben. Um das Erfordernis einer flächendeckenden Versorgung mit HKP zu betonen, wird den Partnern der Rahmenempfehlungen nunmehr aufgegeben, in die Rahmenempfehlungen auch Regelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit HKP aufzunehmen. Die Präzisierung soll dabei in Bezug auf die neue Regelung des § 37 Absatz 7 insbesondere verhindern, dass die spezialisierte Wundversorgung, zum Beispiel durch sogenannte Wundzentren, nur in Ballungsgebieten angeboten wird und ländliche Regionen keine vergleichbaren Versorgungsangebote aufweisen können. Die Partner der Rahmenempfehlungen haben in den Rahmenempfehlungen daher explizit auf eine allerorts einheitliche Versorgung mit HKP hinzuwirken.

Zu Satz 4 Nummer 1
Die Änderung korrespondiert mit der Ergänzung der leistungsrechtlichen Regelung zur HKP in § 37. Das durch den G-BA in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur HKP zu regelnde Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach dem neuen § 37 Absatz 7 soll auch in den Regelungen der Rahmenempfehlungen zur Eignung der Leistungserbringer der HKP berücksichtigt werden. Auch Einrichtungen im Sinne des § 37 Absatz 7 Satz 2, in denen eine besondere Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden angeboten wird, können Leistungserbringer im Sinne des § 132a Absatz 2 sein.
Zu Satz 5 – Anmerkung: entfallen durch den 14. Ausschuss (siehe dessen Begründung)
Das geltende Recht sieht in Satz 5 eine Verpflichtung der Partner der Rahmenempfehlungen vor, die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 bis zum 1. Juni 2016 abzugeben. Als Folgeänderung zu der unter Buchstabe b geregelten Ergänzung bedarf es daher einer gesonderten Fristenregelung für die zu vereinbarenden Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7. Geregelt wird deshalb, dass diese Ergänzung der Rahmenempfehlungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung des G-BA zu erfolgen hat.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
Zu Satz 4 Nummer 1
Redaktionelle Anpassung an die Änderung des § 132a Absatz 1 Satz 4 durch Artikel 13 Nummer 4 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).
Zu Satz 5 – GE
Durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz wird die bislang in der Vorschrift enthaltene Frist zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gestrichen und durch eine Schiedsregelung in den Absätzen 2 und 3 ersetzt. Dementsprechend besteht auch keine Notwendigkeit mehr für eine besondere Fristenregelung im Hinblick auf Rahmenempfehlungen, die Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7 betreffen.

§ 132b

Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

(2) [1] Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. [2] Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. [3] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

§ 132c

Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.

§ 132d

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) [1] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung**

der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. [2] **Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen.** [3] **In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen.** [4] **Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** [5] **Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen.** [6] **Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.** [7] **In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt.** [8] **Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.**

(2) [1] **Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt.** [2] **Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.** [3] **Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.** [4] **Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.**

(3) [1] Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. [2] Die Qualitätsanforderungen in den **Rahmenverträgen nach Absatz 1** und in den Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.

Begründung zum TSVG – Anmerkung: Im Gesetzentwurf waren die Änderungen in Absatz 1, 2 und 3 als laufende Nummer 73 vorgesehen. Dazu vermerkt der 14. Ausschuss:

„Die Regelung wurde durch das PpSG bereits umgesetzt und ist daher hier zu streichen."

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG die Neufassung von Absatz 1 und 2 sowie die Änderung in Absatz 3 Satz 2 wie folgt:

Zu Absatz 1 und 2

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren", bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen

ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z. B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Vorausetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z. B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besondere Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.
In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.
Zu Absatz 3 Satz 3
Es handelt sich um eine Folgeregelung.

§ 132e

Versorgung mit Schutzimpfungen

(1) [1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, einschließlich Betriebsärzten, deren Gemeinschaften, Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal **oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,** Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i. [2] Dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen. [3] **In den Verträgen mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, sind insbesondere folgende Regelungen vorzusehen:**

1. **Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst,**
2. **Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind,**
3. **Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) und**
4. **Regelungen zur Übernahme der für die Beschaffung von Impfstoffen anfallenden Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Krankenkassen für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherten-**

eigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind.

[4] **Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den jeweiligen Vertragsinhalt fest.** [5] Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder für den vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. [6] Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. [7] **Endet ein Vertrag nach Satz 1 oder endet eine Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung, so gelten seine oder ihre Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.**

(2) [1] **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen auf Grundlage der durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geplanten Bestellungen an das Paul-Ehrlich-Institut.** [2] **Das Paul-Ehrlich-Institut prüft den nach Satz 1 übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent durch Vergleich mit den nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten von Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. März eines Kalenderjahres.** [3] **Die Prüfung nach Satz 2 erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut.** [4] **Das Ergebnis der Prüfung teilt das Paul-Ehrlich-Institut unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit.**

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 2* – GE – Anmerkung: Siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss (Die Apothekenvergütung wird in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt.)**
Es wird geregelt, dass in den ergänzenden Verträgen auf Landesebene nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen zu vereinbaren ist, dass die Krankenkassen den Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung von 1 Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer zu erstatten haben.
Durch die Begrenzung der Erstattung auf den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis bzw. höchstens den Apothekeneinkaufspreis in Verbindung mit der Vorgabe der Vergütung der Apotheken bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte besteht für Apotheken kein Anreiz mehr für Preisverhandlungen mit pharmazeutischen Unternehmen, da etwaige Rabatte auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers an die Krankenkasse weitergegeben werden müssen. Zur Umsetzung der Regelung kann die Krankenkasse sowohl von der Apotheke als auch vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise verlangen.
Die Vergütung der Apotheken von 1 Euro je Impfdosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte entspricht weitgehend bestehenden Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene. Eine Apothekenvergütung in dieser Höhe ist angemessen, da es sich eben nicht um die Abgabe an Versicherte, sondern an Ärzte im Rahmen des Sprechstundenbedarfs handelt, so dass Beratungsleistungen durch die Apotheke nicht erforderlich sind.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
Zu Satz 1
Aus Gründen der Vereinheitlichung wird die bisherige Regelung des § 20i Absatz 3 in § 132e Absatz 1 integriert. Die Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, sollen ebenfalls mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen schließen können (insoweit wird die bisherige Regelung in § 20i Absatz 3 Satz 3 in Absatz 1 überführt).
Der bisherige Verweis auf § 20i Absatz 1 und 2 kann entfallen, weil auch über solche Schutzimpfungen nach Absatz 3 – neu – (Kostenübernahme der Krankenkassen aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes) Verträge geschlossen werden können. Damit sind insbesondere Schutzimpfungen in Eilfällen (etwa in Fällen einer Pandemie) erfasst.
Zu Satz 3
Durch den neuen Satz 3 wird § 20i Absatz 3 ersetzt und inhaltlich ergänzt.
Die Vertragspartner können wie bisher Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst vorsehen (Nummer 1).

Soweit die Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes – neu – von den Krankenkassen zu tragen sind, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes (auch im Pandemiefall) vorzusehen (Nummer 2). Dies kann insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, also unabhängig vom konkreten Einzelfall einer Schutzimpfung (ähnlich der Regelungen zum Sprechstundenbedarf) erfolgen. Andere Möglichkeiten eines vereinfachten Umsetzungsverfahrens sollen alternativ möglich bleiben.
Soweit die Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes – neu – von den Krankenkassen zu tragen sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes vorzusehen (Nummer 3). Dies kann insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) erfolgen. Andere Möglichkeiten eines vereinfachten Erstattungsverfahrens sollen alternativ möglich bleiben. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung in § 20i Absatz 3 Satz 4 handelt sich bei diesen Regelungen zur Vereinbarung von vereinfachten Möglichkeiten für die Abrechnung nicht mehr nur um Soll-Regelungen, sondern um Regelungen, die im Schiedsverfahren durchgesetzt werden können.
Nummer 4 ersetzt den bisherigen § 20i Absatz 3 Satz 2, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden wäre.
Zu Satz 4
Der neue Satz 4 war um die Konstellation des § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ergänzen.
Zu Satz 7
Der neue Satz 7 war um die Konstellation einer schon bestehenden Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 bisheriger Fassung zu ergänzen.
Zu Absatz 2
Die bisherige Regelung in Nummer 74* (Anmerkung: § 132e Absatz 2 – GE) *wird gestrichen. Die Apothekenvergütung für die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen wird in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt.
Zur angemessenen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit saisonalen Grippeimpfstoffen ist eine frühzeitige Planung und ausreichende Bereitstellung von Impfstoffen erforderlich. Nach Satz 1 wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher verpflichtet den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres an das Paul-Ehrlich-Institut zu melden. Die Meldung soll aufgeschlüsselt nach Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Hierzu führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die erforderlichen Erhebungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durch, die den Bedarf aufgrund der geplanten Bestellungen bei der einzelnen Vertragsärztin und dem einzelnen Vertragsarzt abrufen.
Nach Satz 2 prüft das Paul-Ehrlich-Institut den nach Satz 1 übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent bis zum 15. März eines Kalenderjahres im Vergleich zu den von Zulassungsinhabern von saisonalen Grippeimpfstoffen nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten über saisonale Grippeimpfstoffe. Mit dem GKV-Arzneimittelstärkungsgesetz vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wurde § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes um das Wort „insbesondere“ ergänzt. Ausweislich der Gesetzesbegründung gibt dies den zuständigen Bundesoberbehörden erweiterte Möglichkeiten, Daten zu erlangen, die zur Verhinderung von Lieferengpässen und zur Schaffung von mehr Transparenz für eine nachhaltige Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sind (vgl. BT-Drucksache 18/10208 zu Artikel 5 Nummer 2). Durch die Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent im Rahmen der Prüfung nach Satz 2 wird sichergestellt, dass auch im Fall einer höheren Nachfrage nach Impfungen durch die Versicherten keine Versorgungsengpässe entstehen. Dies ist wichtig, da eine Nachproduktion der nur für die jeweilige Impfsaison konzipierten saisonalen Grippeimpfstoffe nicht möglich ist. Die Prüfung erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut. Nach Satz 4 teilt das Paul Ehrlich-Institut die Ergebnisse der Prüfung nach Satz 2 unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit, damit diese überprüfen können, ob die zur Verfügung stehenden Mengen für die Versorgung in der bevorstehenden Grippesaison ausreichend sind. Insgesamt dient die Regelung damit der Schaffung von mehr Transparenz hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen und damit insbesondere der Vermeidung von Lieferengpässen.

Der 14. Ausschuss begründet zum AMVSG das Aufheben von Absatz 2 **(Anmerkung: alte Fassung)** wie folgt:

Krankenkassen können bislang zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 und 2 Rabattverträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmern schließen, die auf der Grundlage von Ausschreibungen zu vergeben sind. Diese Rechtsgrundlage wird gestrichen. Der Impfstoffmarkt ist auf Grund der Komplexität der Herstellung generell durch eine begrenzte Zahl von Herstellern gekennzeichnet. Die Anbieterstruktur spiegelt sich auch bei den Ausschreibungen wider. Die Herstellung von Impfstoffen ist komplex und geht daher mit Unwägbarkeiten einher, die auch Auswirkungen auf

die Sicherheit und Sicherstellung der Versorgung haben können und im Falle von exklusiven Rabattverträgen zu Unsicherheiten bei der Versorgung und zu zeitweiligen Lieferproblemen führen können. Um dies zu vermeiden, sollen künftig die Impfstoffe aller Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen. Mit dem Inkrafttreten der Regelung entfällt die Grundlage für die exklusive Versorgung mit Impfstoffen. Bestehende Rabattverträge können nicht verlängert werden. Dies dient letztlich auch der Erhöhung der Impfquote.

§ 132f

Versorgung durch Betriebsärzte

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1, über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und über die Heilmittelversorgung schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.

§ 132g

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) [1] Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. [2] Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. [3] Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. [4] Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

(2) [1] In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. [2] Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. [3] Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. [4] Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. [5] Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. [2] Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(4) [1] Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. [2] Die Kos-

ten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. [3] Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. [5] Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. [6] Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.

(5) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3. [2] Er legt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung zu Absatz 5 Satz 1 wie folgt:

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristvorgabe, die die (erfolgte) erstmalige Vorlage eines Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bis zum 31. Dezember 2017 vorsah. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

§ 132h

Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Einrichtungen Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39c schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

§ 133

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) [1] Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. [2] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Abs. 1 bis 3 zu beachten. [3] Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. [4] Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. [5] Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind, oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist.

(3) Absatz 1 gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

(4) **§ 127 Absatz 9** gilt entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 4 wie folgt:

Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.

§ 134 – weggefallen

§ 134a

Versorgung mit Hebammenhilfe

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. [2] Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. [3] Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.

(1a) [1] Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. [2] Sie sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.

(1b) [1] Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. [2] Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgt nach Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [3] In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. [4] Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten. [5] Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl unterjährige Wechselmöglichkeiten der Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt. [6] Die erforderlichen Angaben nach den Sätzen 3 bis 5 hat die Hebamme im Rahmen ihres Antrags nach Satz 2 zu übermitteln. [7] Für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 2 übermitteln die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen leistungserbringer- und nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten nach § 301a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6.

(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zu-

schlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer Eins-zu-eins-Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.

(2) [1] Die Verträge nach Absatz 1 haben Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, wenn sie

1. einem Verband nach Absatz 1 Satz 1 auf Bundes- oder Landesebene angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass die von dem Verband nach Absatz 1 abgeschlossenen Verträge Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Hebammen haben, oder
2. einem nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag beitreten.

[2] Hebammen, für die die Verträge nach Absatz 1 keine Rechtswirkung haben, sind nicht als Leistungserbringer zugelassen. [3] Das Nähere über Form und Verfahren des Nachweises der Mitgliedschaft in einem Verband nach Satz 1 Nr. 1 sowie des Beitritts nach Satz 1 Nr. 2 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2a) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine Vertragspartnerliste, in der alle zur Leistungserbringung zugelassenen freiberuflichen Hebammen nach Absatz 2 geführt werden. [2] Diese enthält folgende Angaben:

1. Bestehen einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband und Name des Berufsverbandes oder
2. Beitritt nach Absatz 2 Nummer 2 und dessen Widerruf sowie
3. Unterbrechung und Beendigung der Tätigkeit,
4. Vorname und Name der Hebamme,
5. Anschrift der Hebamme beziehungsweise der Einrichtung,
6. Telefonnummer der Hebamme,
7. E-Mail-Adresse der Hebamme, soweit vorhanden,
8. Art der Tätigkeit,
9. Kennzeichen nach § 293.

[3] Die Hebammen sind verpflichtet, die Daten nach Satz 2 sowie Änderungen unverzüglich über den Berufsverband, in dem sie Mitglied sind, an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. [4] Hebammen, die nicht Mitglied in einem Berufsverband sind, haben die Daten sowie Änderungen unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. [5] Nähere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und die Datenübermittlungen vereinbaren die Vertragspartner im Vertrag nach Absatz 1. [6] Sie können im Vertrag nach Absatz 1 die Übermittlung weiterer, über die Angaben nach Satz 2 hinausgehender Angaben vereinbaren, soweit dies für die Aufgabenerfüllung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erforderlich ist.

(2b) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen. [2] Er stellt auf seiner Internetseite ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem die Angaben nach Absatz 2a Satz 2 Nummer 4 und 6 bis 8 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Angaben abgerufen werden können.

(2c) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die Daten nach Absatz 2 zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Vorschrift zu verarbeiten. [2] Er ist befugt und verpflichtet, die Daten nach Absatz 2a an die Krankenkassen zu übermitteln.

(3) [1] Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1a Satz 1, Absatz 1b Satz 3 und Absatz 1c vorgegebenen Fristen zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. [2] Der bisherige Vertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle vorläufig weiter.

(4) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. [2] Sie besteht

aus Vertretern der Krankenkassen und der Hebammen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [3] Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. [4] Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. [5] **Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat; die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.** [6] Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 und 10 entsprechend.

(5) [1] Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. [2] Im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung können Kranken- und Pflegekassen einen nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der nach Satz 1 begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.

(6) Als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift gelten auch Entbindungspfleger.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4 Satz 5

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Änderung des § 89. § 134a sieht in Absatz 4 eine eigene Schiedsstelle zwischen dem GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene vor. Um an dem bisherigen status quo der Regelung festzuhalten, bedarf es aufgrund der Änderung des § 89 einer Übertragung der bisherigen Verweisregelung für den Fall, dass sich die Parteien nicht über die Unparteiischen Mitglieder einigen. Daher werden die bisher in § 89 Absatz 3 Satz 5 und 6 enthaltenen Regelungen in § 134a übertragen.

Der 14. Ausschuss begründet das Einfügen von Absatz 2a, 2b und 2c wie folgt:

In der Vergangenheit war es für Frauen, die eine Hebamme für die Vor- und Nachsorge sowie Geburtshilfe suchten, in bestimmten Regionen teilweise schwierig, mit vertretbarem Aufwand eine Hebamme zu finden, die sich zur Übernahme der Betreuung bereit erklärt. Dabei hat sich gezeigt, dass in den bestehenden Hebammenverzeichnissen nur ein Teil der zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen aufgeführt sind und der Datenbestand, in dem gesucht wird, bei weitem nicht alle Hebammen erfasst, die für die Versorgung der Frauen zugelassen sind. Insofern können Frauen, die eine Hebamme suchen, nur auf eine unzureichende Informationsgrundlage zurückgreifen. Mit den Änderungen in § 134a soll dem überragend wichtigen Gemeinwohlinteresse, die Versorgung schwangerer Frauen sicherzustellen, Rechnung getragen und die Möglichkeit geschaffen werden, auch bisher nicht ausgeschöpfte Versorgungspotenziale zu nutzen. Mit der bereits jetzt im Hebammenhilfevertrag nach § 134a verankerten und für die Aufgabenerfüllung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erforderlichen Vertragspartnerliste verfügt dieser über eine umfassende Datenbasis, in der sowohl die Daten der Hebammen enthalten sind, die Mitglied in einem Hebammenverband sind, als auch die Daten derjenigen, die dem Hebammenhilfevertrag beigetreten sind. Insofern konnte der GKV-Spitzenverband anfragenden Frauen schon mehrfach weiterhelfen, sofern die Hebammen, deren Kontaktdaten weitergegeben werden sollten, sich hierzu im Vorfeld einverstanden erklärt hatten.

Um die Frauen bei der Suche nach einer Hebamme zu unterstützen und alle verfügbaren Ressourcen der zugelassenen Hebammen ausschöpfen zu können, wird die bisher allein auf vertraglicher Grundlage basierende Vertragspartnerliste nunmehr gesetzlich verankert. Deshalb werden die bisherigen Mitteilungspflichten nunmehr auch in einer gesetzlichen Vorschrift, dem neuen § 134a Absatz 2a, geregelt. In Satz 1 wird im Wesentlichen der bisher vertragliche vereinbarte Inhalt der Vertragspartnerliste (Anlage 4.2 des Hebammenhilfevertrags) abgebildet und enumerativ aufgezählt. Insbesondere soll auch die Art der Tätigkeit (Schwangerenbetreuung, Wochenbettbetreuung, Geburten im häuslichen Umfeld, Beleggeburten, Kurse Geburt in hebammengeleiteten Einrichtungen/Praxis), die die Hebamme anbietet, angegeben werden, damit eine gezielte und effiziente Suche durchgeführt werden kann und Hebammen, die die nachgefragte Leistung nicht anbieten, von vornherein aus dem Kreis der in Frage kommenden Leistungserbringerinnen ausgeschieden werden.

Die bisher auf vertraglicher Grundlage praktizierten Datenübermittlungswege werden beibehalten. Dies bedeutet, dass die Daten der Hebammen, die Mitglied in einem Berufsverband sind, über den jeweiligen Verband an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Hebammen, die nicht Mitglied

in einem Berufsverband sind und dem Hebammenhilfevertrag gemäß § 134a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 beigetreten sind, haben die Daten und Datenänderungen unmittelbar an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Hierdurch wird sichergestellt, dass es nicht zu Inkongruenzen in den Datensätzen des GKV-Spitzenverbands und der Hebammenverbände kommt.

Auch wenn der Hebammenhilfevertrag die Hebammen bereits dazu verpflichtet, Änderungen in ihren Verhältnissen (zum Beispiel Namensänderung, Änderung der Kontaktdaten, des Leistungsspektrums, Unterbrechung oder Aufgabe der Berufstätigkeit etc.) unverzüglich mitzuteilen, wurde dem bisher nur unzureichend nachgekommen. Um dieser Pflicht mehr Nachdruck zu verleihen, wird sie nunmehr auch explizit im Gesetz (s. Sätze 3 und 4) geregelt. Insofern obliegt es den Hebammen, dazu beitragen, dass die Aktualität der Daten und damit auch die Möglichkeiten der Versicherten, die ihnen zustehenden gesetzlichen Ansprüche zu realisieren, verbessert werden.

Weitere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und die Datenübermittlungen vereinbaren die Vertragspartner im Hebammenhilfevertrag. Satz 6 sieht vor, dass die Vertragspartner die Übermittlung weiterer Angaben, die über die Angaben nach Satz 2 hinausgehen, vereinbaren können, soweit dies für die Aufgabenerfüllung des GKV-Spitzenverbands erforderlich ist. Dies ist insbesondere erforderlich, um Folgeregelungen treffen zu können, die im Fall von Änderungen im Hebammenhilfevertrag notwendig werden können. Denn im Bereich der Hebammenhilfe ist – anders als zum Beispiel im ärztlichen Leistungsbereich, in dem es auch Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bewertungsausschusses gibt – die gesamte Gestaltung des Leistungsbereichs (einschließlich des Leistungs- und Vergütungsverzeichnisses) in die Hände der Vertragspartner gelegt.

In Absatz 2b wird dem GKV-Spitzenverband ergänzend zu der vorrangigen Informationspflicht der Krankenkassen nach § 305 Absatz 1 die Aufgabe übertragen, auf der Grundlage der Vertragspartnerliste über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen zu informieren. Er hat auf seiner Internetseite ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem Name und Kontaktdaten (Absatz 2 Nummer 3, 5 und 6) sowie das angebotene Leistungsspektrum (Absatz 2 Nummer 7) und gegebenenfalls mitgeteilte freiwillig Angaben abgerufen werden können. Diese Daten ermöglichen eine gezielte Kontaktaufnahme mit denjenigen Hebammen, die auch die nachgefragten Leistungen erbringen. Die freiwilligen Angaben (zum Beispiel Erreichbarkeitszeiten, Tätigkeitsschwerpunkte, besondere Qualifikationen etc.) geben zusätzliche hilfreiche Informationen für die Auswahl der Hebammen, mit denen dann letztlich Kontakt aufgenommen wird.

Der GKV-Spitzenverband kann zusätzlich zu dem elektronischen Suchverzeichnis auf der Internetseite eine App zur Verfügung stellen.

Absatz 2c regelt die datenschutzrechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 2a und 2b. Durch die Veröffentlichung der Daten der Hebammen ohne ihre Einwilligung werden keine Rechte der Hebammen verletzt. In der Güterabwägung zwischen dem Versorgungsinteresse der Frauen einerseits und dem Recht der Hebammen, ihre beruflichen Daten nicht ohne Einwilligung offenbaren zu müssen, kommt dem Versorgungsinteresse ein höheres Gewicht zu. Denn der Schutz von Leib und Leben ist ein wichtiges Gemeinschaftsgut, dem überragende Bedeutung zukommt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sicherzustellen, dass den Versicherten die gesetzlich vorgesehen Leistungen auch zur Verfügung stehen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die zur gesundheitlichen Versorgung von Versicherten zugelassen sind, ist es zumutbar, dass durch eine Veröffentlichung ihrer beruflichen Kontaktdaten ein schneller und unbürokratischer Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Der Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist auch verhältnismäßig. Denn dadurch, dass lediglich die von den Hebammen mitzuteilenden beruflichen Daten veröffentlicht werden und sie sich ohne großen Aufwand eine berufliche Telefonnummer und E-Mailadresse zulegen können, wird die berufliche Sphäre hinreichend von der Privatsphäre getrennt. Von einer Veröffentlichung der Adresse, die einen stärkeren Eingriff in die Rechte der Hebammen bedeuten würde, wurde bewusst abgesehen. Insofern hat der Gesetzgeber das mildeste Mittel zur Erreichung des angestrebten Zwecks (Gewährleistung eines unproblematischen schnellen Zugangs zur Hebammenversorgung) ergriffen.

Damit der GKV-Spitzenverband die ihm nach Absatz 2a und 2b übertragenen Aufgaben auch wahrnehmen kann, werden ihm in Absatz 2c die erforderlichen datenschutzrechtlichen Verarbeitungsbefugnisse eingeräumt. Er ist auch befugt und verpflichtet, den Krankenkassen für die Erfüllung ihrer Aufgaben die Angaben nach Absatz 2a in elektronisch lesbarer Form zu übermitteln.

Zu Absatz 4 Satz 5

Die bereits mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Änderung des Absatzes 4.

Neunter Abschnitt

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 135

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) [1] Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

[2] Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. [3] Falls die Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. [4] Die Beschlussfassung über die Annahme eines Antrags nach Satz 1 muss spätestens drei Monate nach Antragseingang erfolgen. [5] Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist. [6] Hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einem Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach Ablauf von sechs Monaten seit Vorliegen der für die Entscheidung erforderlichen Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keinen Beschluss gefasst, können die Antragsberechtigten nach Satz 1 sowie das Bundesministerium für Gesundheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Beschlussfassung innerhalb eines Zeitraums von weiteren sechs Monaten verlangen. [7] Kommt innerhalb dieser Frist kein Beschluss zu Stande, darf die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

(2) [1] Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. [2] Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. [3] Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen. [4] Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist,

für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. [5] Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. [6] § 140f Absatz 5 gilt entsprechend. [7] Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1. [8] Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 87 Absatz 6 **Satz 10** entsprechend.

Begründung zum TSVG zu Absatz 2 Satz 8:

Redaktionelle Folgeänderung durch das Einfügen eines Satzes in § 87 Absatz 6.

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

(1) [1] Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. [2] Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

(3) [1] Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 136a Absatz 3 dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. [2] Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.

§ 135b

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. [2] Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

(2) [1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.

(4) [1] Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen des

§ 87a gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. [2] In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.

§ 135c

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(1) [1] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. [2] Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. [3] Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.

(2) [1] Der Qualitätsbericht des Krankenhauses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 hält. [2] Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

[2] Soweit erforderlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss die notwendigen Durchführungsbestimmungen. [3] Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.

(2) [1] Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. [2] Die Regelungen nach § 136a Absatz 4 und § 136b bleiben unberührt.

(3) Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.

§ 136a

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. [2] Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. [4] Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. [5] Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. [2] Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. [3] Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen. [5] Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [6] Die Stellungnahmen sind durch den Gemeinsamen Bundesauschuss in die Entscheidung einzubeziehen. [7] Bei Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. [8] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen. [9] Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 2 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. [2] Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu informieren. [3] Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. [2] Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [3] Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. [4] Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und

Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. [5] Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [6] § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. [7] Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. [8] Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. [9] Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

§ 136b

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über

1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
2. einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände,
3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser,
4. vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen,
5. einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.

[2] § 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. [3] Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

(2) [1] Die Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. [2] Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Absatz 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. [3] Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Absatz 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Beschlüssen nach Absatz 1 und Richtlinien nach § 136 Absatz 1 fort. [4] Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. [2] Er regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen.

(4) [1] Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. [2] Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. [3] Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich

erreicht wird (Prognose). [4] Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. [5] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. [6] Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. [7] Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. [8] Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(5) [1] Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. [2] Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2.

(6) [1] In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. [2] Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. [3] Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. [4] Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. [5] In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. [6] Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

(7) [1] Die Qualitätsberichte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sind über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. [2] Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. [3] Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

(8) [1] **Der Gemeinsame Bundesauschuss hat das Institut nach § 137a bei den nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgewählten vier Leistungen oder Leistungsbereichen mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen.** [2] Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a.

(9) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. [2] Qualitätszu- und -abschläge für die Einhaltung oder Nichteinhaltung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind ausgeschlossen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. [4] Hierfür hat er insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und die Auswertung der Daten sicherzustellen. [5] Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies kann über eine Internetplattform erfolgen. [6] Die Krankenkassen geben in das Informationsangebot nach Satz 5 regelmäßig Angaben ein,

welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Neufassung von Absatz 8 Satz 1 (Satz 2 entfallen) wie folgt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 18. Mai 2017 den gesetzlichen Auftrag zur Auswahl von Leistungen oder Leistungsbereichen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen, erfüllt. Die Frist für diese Festlegungen ist damit überholt und wird aufgehoben. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur besseren Verständlichkeit der Regelung zur Evaluierung der Qualitätsverträge.

§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden; § 91 Absatz 6 bleibt unberührt.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. [2] Die Maßstäbe und Kriterien müssen eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern insbesondere im Hinblick darauf ermöglichen, ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vorliegt. [3] Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung liefern. [4] Er soll das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

[3] Bei dem Beschluss sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in dem Beschluss auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes fest. [5] Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [6] Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. [2] Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur

Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. [4] Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. [6] Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.

(5) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. [2] Die besonderen Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus

a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,

b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder

c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

[3] Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden. [4] § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. [5] Soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, sind zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. [6] Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [7] Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

(6) Für Beschlüsse nach den Absätzen 1 bis 5 gilt § 94 entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung (Absatz 1 Satz 3 entfallen) wie folgt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 15. Dezember 2016 erste Festlegungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren getroffen. Die Frist für den Erstbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist damit überholt und wird aufgehoben.

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG das Anfügen von Absatz 5 und 6 wie folgt:

Zu Absatz 5

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten als Voraussetzung für die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen zu treffen (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)). Hierbei sollten vor allem die besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abgegrenzt werden, die nicht bereits anderweitig vergütet werden. Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, haben nicht zur erforderlichen Klarstellung geführt, und bislang nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Satz 1 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 Festlegungen zur Konkretisierung von besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG zu treffen. Der Auftrag an den G-BA betrifft im Wesentlichen allein den Krankenhausbereich, so dass nach § 91 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Beschlussfassung alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen werden.

Der Beschluss hat eine Abgrenzung der krankenhausplanerisch zu übertragenden besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses zu gewährleisten.

Der Gesetzestext übernimmt in Satz 2 die bisher in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG enthaltenen Ausführungen zu Sachverhalten, aus denen sich insbesondere die besonderen Aufgaben ergeben können.

Satz 3 beinhaltet die bislang in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zum Ausdruck gebrachte Anforderung, bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Satz 4 stellt – wie bisher – klar, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG unberührt bleibt. Nach Satz 5 hat der G-BA bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllenden Qualitätsanforderungen festzulegen. Eine Festlegung hat zu erfolgen, soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist. Qualitätsanforderungen können sich insbesondere auf die Art und Anzahl von Fachabteilungen beziehen oder die Erreichung von Mindestfallzahlen oder Kooperationen mit anderen Einrichtungen vorgeben.

Besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG setzen die Ausweisung oder Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dementsprechend werden die Länder – entsprechend der gängigen Praxis – nach § 92 Absatz 7f Satz 1 im Wege eines Mitberatungsrechts im G-BA eingebunden. Der G-BA hat nach den Sätzen 6 und 7 den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 gibt vor, dass die Regelungen des § 94 zum Wirksamwerden von Richtlinien entsprechend für das Wirksamwerden der nach § 136c gefassten Beschlüsse anzuwenden sind. Damit sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c gefassten Beschlüsse dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das die Beschlüsse gemäß § 94 Absatz 1 prüft. Dabei haben Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit keine aufschiebende Wirkung. Die Beschlüsse sind im Bundesanzeiger und deren tragende Gründe im Internet zu veröffentlichen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Einfügen von Absatz 2 Satz 2 wie folgt:

Mit der Ergänzung wird der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konkretisiert. Es wird klargestellt, dass die Maßstäbe und Kriterien, die der G-BA den Ländern für die Krankenhausplanung zusammen mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu übermitteln hat, die Feststellung erlauben müssen, ob in erheblichem Maß unzureichende Qualitätsergebnisse vorliegen. Hierdurch erhalten die Länder eine fundierte fachliche Grundlage, auf die sie die Planungsentscheidungen nach § 8 Absatz 1a und 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stützen können, sofern sie die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht gemäß § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt haben. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen benötigen die stärker differenzierten Bewertungsmaßstäbe und -kriterien für ihre Entscheidungen zum Abschluss oder zur Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 109 Absatz 3 SGB V.

Bei den Beratungen im G-BA zur Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL) sowie zum Beschluss der Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (Beschlüsse vom 15. Dezember 2016) wurde auch die konkrete Umsetzung des Gesetzgebungsauftrags und seine Reichweite eingehend beraten. Insbesondere wurde diskutiert, ob stärker differenzierte Bewertungsmaßstäbe und -kriterien nach geltendem Recht möglich und erforderlich sind. Um die sachgerechte Umsetzung der Festlegungen der plan. QI-RL zu unterstützen, wird mit der vorliegend vorgesehenen Ergänzung verdeutlicht, dass es zur vollständigen Umsetzung des gesetzlichen Auftrags stärker differenzierter Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse bedarf. Die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern, die der G-BA den Ländern zur Verfügung zu stellen hat, müssen die Länder, wie es nach dem Willen des Gesetzgebers mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I. S. 2229) bezweckt ist, in die Lage versetzen, qualitätsorientierte Planungsentscheidungen zu treffen. Nach der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz bedarf es hierzu jedenfalls einer Differenzierung, um mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist (vgl. Drucksache 18/5372 S. 90). Den Ländern obliegt im Rahmen ihrer Planungshoheit aber insbesondere die abschließende planungsrechtliche Entscheidung, ob ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen bzw. nicht in diesen aufgenommen wird, weil es nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist (vgl. § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b KHG). In der Gesamtschau der Regelungen nach § 136c Absatz 1 und 2 SGB V sowie § 6 Absatz 1a und § 8 Absatz 1a und 1b KHG müssen die Kriterien und Maßstäbe, die vom G-BA zur Verfügung gestellt werden, es den Ländern deshalb gleichfalls ermöglichen, die in erheblichem Maße unzureichende Qualität auf einer fachlich fundierten Grundlage festzustellen. Die Planungshoheit der Länder bleibt auch bei Zulieferung von konkreten Maßstäben und Kriterien für die in erheblichem Maße unzureichende Qualität bereits dadurch gewahrt, dass die Länder nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken sowie weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen können.

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

[1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. [2] Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. [2] Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. [3] Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschläge,
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,
3. die Information Dritter über die Verstöße,
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

[4] Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. [5] Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. [6] Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. [7] Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser fest. [2] Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vorzusehen, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

(3) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen oder als Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind. [2] Er trifft insbesondere Festlegungen, welche Stellen die Kontrollen beauftragen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierbei vorzusehen, dass die nach Absatz 1 Satz 5 für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden. [4] Er legt fest, in welchen Fällen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte, insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln hat. [5] Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Kontrollen nach § 275a unterstützen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Änderung in Absatz 3 Satz 1 wie folgt:

Die Ergänzung macht deutlich, dass der G-BA bei seinen Vorgaben für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 275a SGB V auch notwendige Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten vorsehen kann. Gegenstand von Aufträgen für Kontrollen durch den MDK kann nach § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB V auch die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sein. Gleichzeitig gibt die gesetzliche Regelungsermächtigung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V dem G-BA vor, dass Qualitätskontrollen durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Dieses Erfordernis von Anhaltspunkten soll grundlose Kontrollen des MDK ausschließen. Unter Beibehaltung dieses Grundsatzes wird mit der vorliegenden Ergänzung nunmehr ausdrücklich vorgesehen, dass auch für Stichprobenprüfungen bei statistisch unauffälligen Krankenhäusern – wie sie der G-BA z. B. in der plan. QI-RL geregelt hat – die Einbeziehung des MDK zulässig ist. Bereits in der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz ist ausgeführt, dass auch ausnahmslos gute Ergebnisse bei der externen Qualitätssicherung vom G-BA als Anhaltspunkt für Kontrollen des MDK festgelegt werden können (vgl. Drucksache 18/5372, S. 94).

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. [2] Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

(2) [1] Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.

(3) [1] Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. [2] Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

[3] In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut

nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.

(4) [1] Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. [3] Das Institut kann einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags. [4] Das Institut kann sich auch ohne Auftrag mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. [5] Für die Tätigkeit nach Satz 4 können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. [6] Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 4 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(5) [1] Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. [2] Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. [3] Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. [4] Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.

(6) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben; soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen anderen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.

(10) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsüber-

greifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. [2] Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder bei einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. [3] Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. [5] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.

(11) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung, soweit erforderlich auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen, in pseudonymisierter Form zu übermitteln. [2] Die Landesbehörde hat ein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung und Nutzung der Daten darzulegen und sicherzustellen, dass die Daten nur für die im Antrag genannten konkreten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. [3] Eine Übermittlung der Daten durch die Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen an Dritte ist nicht zulässig. [4] In dem Antrag ist der Tag, bis zu dem die übermittelten Daten aufbewahrt werden dürfen, genau zu bezeichnen. [5] Absatz 10 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut nach § 137a. [2] Soweit hierbei personenbezogene Daten **verarbeitet** werden sollen, gilt § 299.

(2) [1] Das Institut nach § 137a leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach § 137a Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 Satz 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlungen zu. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 Satz 2 wie folgt:

Die Änderung passt den Gesetzestext an die Bestimmung des Begriffs „Verarbeitung“ nach Artikel 4 Nummer 2 der EU-Datenschutzgrundverordnung an, der inhaltlich auch die bisherige Übermittlung umfasst. Mit dem Begriff der Verarbeitung werden zudem weitere Schritte der Verarbeitung personenbezogener Daten erfasst. Dies ist sachgerecht und erforderlich, weil damit klargestellt wird, dass nicht nur für die Übermittlung der Daten an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), sondern auch für die Verarbeitung dieser Daten durch das IQTIG bei der Durchführung und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses die Vorgaben des § 299 gelten. Diese Regelung ist von der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt, die erlaubt, dass für die Verarbeitung von genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten zusätzliche Bedingungen oder Beschränkungen eingeführt oder aufrechterhalten werden. Durch eine Klarstellung des § 299 Absatz 1 Satz 1 (siehe zu Nummer 101 Buchstabe a) wird das IQTIG zudem als maßgeblicher Empfänger von Daten der Qualitätssicherung nunmehr ausdrücklich in den Kreis derjenigen einbezogen, die bei entsprechender Erforderlichkeit personen- und einrichtungsbezogene Daten für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeiten dürfen.

§ 137c

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 überprüft auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. [2] Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. [3] Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. [4] Nach Abschluss der Erprobung erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht. [5] Die Beschlussfassung über die Annahme eines Antrags nach Satz 1 muss spätestens drei Monate nach Antragseingang erfolgen. [6] Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist.

(2) [1] Wird eine Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 94 Abs. 1 Satz 2 nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium die Richtlinie erlassen. [2] Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 oder 4 darf die ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt von einem Ausschluss nach Absatz 1 Satz 4 unberührt.

(3) [1] Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. [2] Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist.

Begründung zum TSVG zum Aufheben von Absatz 1 Satz 5:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137e.

§ 137d

Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) [1] Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 oder § 111a und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 111c Absatz 1 besteht, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1. [2] Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen.

[3] Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 37 des Neunten Buches.

(2) [1] Für stationäre Vorsorgeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 und für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorgeeinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2. [2] Dabei sind die gemeinsamen Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches zu berücksichtigen und in ihren Grundzügen zu übernehmen. [3] Die Kostentragungspflicht nach Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 erbringen, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Bundesverbänden der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen durchführen, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2.

(4) [1] Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. [2] Bei Vereinbarungen nach den Absätzen 1 und 2 ist der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 137e

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) [1] Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137c zu der Feststellung, dass eine Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. [2] Auf Grund der Richtlinie wird die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zu Lasten der Krankenkassen erbracht.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 die in die Erprobung einbezogenen Indikationen und die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der Erprobung. [2] Er legt zudem Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung fest. [3] Für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach den §§ 136 bis 136b Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.

(3) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können in dem erforderlichen Umfang an der Erprobung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode teilnehmen, wenn sie gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen, dass sie die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllen.

(4) [1] Die von den Leistungserbringern nach Absatz 3 im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. [2] Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden diese durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet. [3] Kommt für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann,

eine sich auf den gesamten Erprobungszeitraum beziehende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung** nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festgelegt. [4] Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 Satz 1 vereinbart. [5] **Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.** [6] Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) [1] Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine unabhängige wissenschaftliche Institution. [2] **An der Erprobung beteiligte Medizinprodukthersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen, wenn sie diese Absicht innerhalb eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Zeitraums nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 1, der zwei Monate nicht unterschreiten darf, dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitteilen.** [3] Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. [4] Sofern hierfür personenbezogene Daten der Versicherten benötigt werden, ist vorher deren Einwilligung einzuholen. [5] Für den zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Durchführung der Erprobung erhalten die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer von der beauftragten Institution eine angemessene Aufwandsentschädigung.

(6) Die Kosten einer von ihm nach Absatz 5 Satz 1 beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Gemeinsame Bundesausschuss.

(7) [1] Unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 oder § 137c können Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode maßgeblich beruht, und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen, dass dieser eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode nach Absatz 1 beschließt. [2] Der Antragsteller hat aussagekräftige Unterlagen vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass die Methode hinreichendes Potential für eine Erprobung bietet. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung auf der Grundlage der vom Antragsteller zur Begründung seines Antrags vorgelegten Unterlagen. [4] Beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobung, entscheidet er im Anschluss an die Erprobung auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse **unverzüglich** über eine Richtlinie nach § 135 oder § 137c. [5] **Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.** [6] **Die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung richtet sich nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6.** [7] **Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Erprobung ablehnt, weil er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht, gilt Satz 4 entsprechend.**

(8) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen im Sinne von Absatz 7 Satz 1 zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkassen**, zu dem Verfahren der Erprobung sowie zu der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen**. [2] Das Nähere einschließlich der Erstattung der für diese Beratung entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 4 Satz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 137e Absatz 4 (Vereinbarung zur Vergütung der ambulanten Leistungserbringung bei Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Abweichend von der regulären Frist des Gremiums von drei Monaten nach § 89a Absatz 3 Satz 1 gilt wie nach bisherigem Recht eine Frist von 6 Wochen. Dies entspricht auch der Frist nach § 137e Absatz 4 Satz 3 in Verbindung mit § 13 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz bzw. § 13 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung.

***Zu Absatz 5 Satz 2 –* Anmerkung: Siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss**

Durch die Ergänzung in Absatz 5 erhalten die an der Erprobung beteiligten Medizinprodukthersteller oder Unternehmen, die als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, künftig das Wahlrecht, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung statt durch den G-BA unmittelbar selbst und auf eigene Kosten zu beauftragen. Es ist dabei in Abstimmung mit dem G-BA sicherzustellen, dass die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 beachtet werden.

***Zu Absatz 6 –* Anmerkung: Siehe wesentliche Vereinfachung durch den 14. Ausschuss („Wer bestellt, bezahlt.“)**

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass insbesondere kleinere Unternehmen häufig nicht in der Lage sind, die gesetzlich vorgesehene Kostentragung für die erforderlichen Erprobungsstudien zu übernehmen. Der neue Absatz 6 vereinfacht das Verfahren der Beteiligung betroffener Medizinprodukthersteller an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung.

In Absatz 6 Satz 1 wird zunächst der bisher geltende Grundsatz klargestellt, dass die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung vom Gemeinsamen Bundesausschuss aus dem Systemzuschlag getragen werden, wenn er die Beauftragung nach Absatz 5 Satz 1 selbst vornimmt. Etwas anderes gilt, wenn die Beauftragung unmittelbar durch ein Unternehmen selbst nach Absatz 5 Satz 2 erfolgt. Dann trägt dieses die Kosten. Für den Fall, dass eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erprobt werden soll, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, und die Beauftragung durch den G-BA erfolgt, wird nun in Absatz 6 Satz 2 eine Vorfinanzierung der gesamten Kosten durch den G-BA vorgegeben, um den zeitnahen Beginn der Erprobung und den für die Aufgabenwahrnehmung des G-BA notwendigen Erkenntnisgewinn zu befördern. Erst nach Abschluss der Erprobung erfolgt eine nachträgliche Kostenbeteiligung der betroffenen Medizinprodukthersteller. Diese Kostenbeteiligung wird in Absatz 6 Satz 3 auf den Fall beschränkt, dass es aufgrund der Erprobung tatsächlich zu einer Aufnahme der neuen Methode in die ambulante Regelversorgung nach § 135 kommt. Durch die Einführung einer umfassenden Vorfinanzierung der Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einer Erprobung durch den G-BA und die Beschränkung der Kostentragungspflicht für den Fall der späteren Überführung der Methode in die Regelversorgung wird das finanzielle Risiko der Medizinprodukthersteller reduziert und das Verfahren praxistauglicher ausgestaltet. Das Interesse der GKV an einem raschen Erkenntnisgewinn zur Beurteilung einer neuen Methode und insbesondere an einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten durch innovative Untersuchungs- und Behandlungsansätze rechtfertigt die größere Verantwortung des G-BA für die Kostentragung von Erprobungen. Zudem wird davon auszugehen sein, dass nur Methoden mit Aussicht auf erfolgreiche Erprobungen und damit Verbesserungen der Versorgung Gegenstand einer Erprobung werden, weil der G-BA bereits eine vorgelagerte Potentialbewertung durchgeführt hat. Das aufwändige Verfahren einer vorherigen Erklärung der Hersteller zur Kostenübernahme wird durch eine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung ersetzt. Der angemessene Umfang der Kostenbeteiligung richtet sich wie bisher nach dem Einzelfall. Die maßgeblichen Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Verfahrensordnung.

Zu Absatz 7 Satz 5 bis 7

Die Änderungen in Absatz 7 sind teilweise Folgeänderungen zu den Änderungen in Absatz 6. Zudem wird klargestellt, dass eine Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse auch nach dem Abschluss einer Erprobung möglich bleibt und der Gemeinsame Bundesausschuss unverzüglich und ohne weiteres Antragserfordernis über eine Aufnahme in die Versorgung zu entscheiden hat, wenn er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht und insoweit die Durchführung einer beantragten Erprobung ablehnt. Damit der G-BA seine Richtlinienentscheidung auf eine umfassende Erkenntnislage stützen kann, bedarf es auch in diesem Fall im Rahmen des abschließenden Methodenbewertungsverfahrens der Durchführung einer systematischen Literaturrecherche durch den G-BA.

Zu Absatz 8 Satz 1

Durch die Ergänzung in Absatz 8 werden die Inhalte der Beratung erweitert. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der neugeschaffenen Wahlmöglichkeit der Unternehmen nach Absatz 5 Satz 2, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung selbst beauftragen zu können.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen und die Neufassung von Absatz 6 wie folgt:

Zu Absatz 4

Bei den ergänzten Regelungen in Satz 3 handelt es sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises sowie um eine Anpassung an die Änderung in § 137e Absatz 5. Die Korrektur des Verweises ist nötig, weil sich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) durch die Einfügung von zwei Absätzen die Absatzzählung in § 6 der Bundespflegesatzverordnung geändert hat. Die Folgeänderung in Satz 5 aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a wird ebenfalls an die Änderung in § 137e Absatz 5 angepasst.

Zu Absatz 5 Satz 2

Durch die Ergänzung wird eine Fristvorgabe geregelt für die Entscheidung von Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen, die als Anbieter einer zu erprobenden Methode betroffen sind, ob sie die mit diesem Gesetz neu eingeführte Möglichkeit einer eigenen Beauftragung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung wahrnehmen möchten. Die Frist ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) jeweils im konkreten Fall festzulegen. Sie darf einen Zeitraum von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Erprobungsrichtlinie nicht unterschreiten und kann als behördliche Frist nach § 26 Absatz 7 des Zehnten Buches durch den G-BA verlängert werden, wenn dies im Einzelfall angezeigt erscheint. Durch die Fristvorgabe werden die Unternehmen stärker in die Verantwortung genommen, eine abschließende Entscheidung zu treffen, ob sie die Beauftragung selbst vornehmen wollen oder nicht, und dies dem G-BA mitzuteilen. Das Verfahren wird damit stringenter organisiert. Nach Ablauf der Frist ohne entsprechende Mitteilung erfolgt die Beauftragung durch den G-BA. Damit wird sichergestellt, dass die Erprobung mit dem Ziel der Evidenzgenerierung zeitnah auf den Weg gebracht wird. Dies liegt im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Versicherten.

Zu Absatz 6

Die Regelungen für die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung werden durch die Neufassung des Absatzes 6 grundlegend vereinfacht. Sie folgen künftig allein dem allgemeinen Prinzip „Wer bestellt, bezahlt." Die Kosten einer von einem Unternehmen nach Absatz 5 Satz 2 erfolgten Beauftragung trägt das Unternehmen. Beauftragt der G-BA die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung, trägt der G-BA auch die Kosten. Es finden dabei keine Differenzierungen nach der Größe des Unternehmens oder nach der ambulanten oder stationären Erbringung der Methode sowie keinerlei gegenseitige Kostenerstattungen statt. Damit entfallen entsprechende Ermittlungen und Prüfungen des G-BA. Aufwand und Komplexität werden abgebaut.

§ 137f

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 legt in Richtlinien nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten fest, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. [2] Bei der Auswahl der chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

[3] Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.

(2) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 erlässt Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen nach Absatz 1. [2] Zu regeln sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3,
3. Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen,
6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

[3] Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. [4] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu beteiligen. [5] Den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, soweit ihre Belange berührt sind, sowie dem Bundesversicherungsamt und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen. [6] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen.

(3) [1] Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen nach Absatz 1 freiwillig. [2] Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die Sachverständigen nach Absatz 4 und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse. [3] Die Einwilligung kann widerrufen werden.

(4) [1] Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 eine externe Evaluation der für dieselbe Krankheit nach Absatz 1 zugelassenen Programme nach Absatz 1 durch einen vom Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband auf deren Kosten bestellten unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist. [2] Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für die Programme zudem für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind.

(5) [1] Die Verbände der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung von Programmen nach Absatz 1; hierzu gehört auch, dass die in Satz 2 genannten Aufträge auch von diesen Verbänden erteilt werden können, soweit hierdurch bundes- oder landeseinheitliche Vorgaben umgesetzt werden sollen. [2] Die Krankenkassen können ihre Aufgaben zur Durchführung von mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Programmen nach Absatz 1 auf Dritte übertragen. [3] § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.

(6) [1] Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach Absatz 1 die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft vorgesehen ist, darf diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben abweichend von § 80 Abs. 5 Nr. 2 des Zehnten Buches dem Auftragnehmer die Verarbeitung des gesamten Datenbestandes übertragen. [2] Der Auftraggeber hat den für ihn zuständigen Datenschutzbeauftragten rechtzeitig vor der Auftragserteilung die in § 80 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Zehnten Buches genannten Angaben schriftlich anzuzeigen. [3] § 80 Abs. 6 Satz 4 des Zehnten Buches bleibt unberührt. [4] Die für die Auftraggeber und Auftragnehmer zuständigen Aufsichtsbehörden haben bei der Kontrolle der Verträge nach Satz 1 eng zusammenzuarbeiten.

(7) [1] Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern, die

an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach Absatz 1 teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. [2] Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(8) [1] **Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.** [2] **Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.** [3] **Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.**

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Anfügen von Absatz 8 wie folgt:

Mit der Anfügung eines neuen Absatz 8 wird die Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f gefördert.

In Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich ausdrücklich vorgegeben, dass er die Aufnahme geeigneter digitaler Anwendungen in die in den Richtlinien nach Absatz 2 zu regelnden Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP zu prüfen hat. Dies gilt sowohl bei der Erstfassung von Vorgaben für neue DMP als auch im Rahmen der dem G-BA obliegenden Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung von bestehenden DMP-Vorgaben. Hier kommen zum Beispiel im Hinblick auf Anwendungen, die das Selbstmanagement chronisch Kranker verbessern sollen, künftig entsprechende Richtlinien-Vorgaben des G-BA an die Inhalte von Patientenschulungen in Betracht.

Durch Satz 2 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ein Stellungnahmerecht bei den Beschlüssen des G-BA zur Ausgestaltung der Richtlinien nach Absatz 2.

Satz 3 stellt klar, dass es zulässig ist, in den einzelnen Programmen der Kassen oder ihrer Landesverbände sowie den zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträgen den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen vorzusehen, auch wenn die DMP-Richtlinien des G-BA bisher noch keine entsprechenden Vorgaben enthalten.

§ 137g

Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

(1) [1] Das Bundesversicherungsamt hat auf Antrag einer oder mehrerer Krankenkassen oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 zu erteilen, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllen. [2] Dabei kann es wissenschaftliche Sachverständige hinzuziehen. [3] Die Zulassung kann mit Auflagen und Bedingungen versehen werden. [4] Die Zulassung ist innerhalb von drei Monaten zu erteilen. [5] Die Frist nach Satz 4 gilt als gewahrt, wenn die Zulassung aus Gründen, die von der Krankenkasse zu vertreten sind, nicht innerhalb dieser Frist erteilt werden kann. [6] Die Zulassung wird mit dem Tage wirksam, an dem die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllt und die Verträge nach Satz 1 geschlossen sind, frühestens mit dem Tag der Antragstellung, nicht jedoch vor dem Inkrafttreten dieser Richtlinien und Verordnungsregelungen. [7] Für die Bescheiderteilung sind Kosten deckende Gebühren zu erheben. [8] Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. [9] Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. [10] Soweit dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 notwendige Vorhaltekosten entstehen, die durch die Gebühren nach Satz 7 nicht gedeckt sind, sind diese aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren. [11] Das Nähere über die Berechnung der Kosten nach den Sätzen 8

und 9 und über die Berücksichtigung der Kosten nach Satz 10 im Risikostrukturausgleich regelt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7. [12] In der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 kann vorgesehen werden, dass die tatsächlich entstandenen Kosten nach den Sätzen 8 und 9 auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind. [13] Klagen gegen die Gebührenbescheide des Bundesversicherungsamts haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) [1] Die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen anzupassen. [2] Satz 1 gilt entsprechend für Programme, deren Zulassung bei Inkrafttreten von Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen bereits beantragt ist. [3] Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt die angepassten Verträge unverzüglich vorzulegen und es über die Anpassung der Programme unverzüglich zu unterrichten.

(3) [1] Die Zulassung eines Programms ist mit Wirkung zum Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufzuheben, wenn das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen nicht mehr erfüllen. [2] Die Zulassung ist mit Wirkung zum Beginn des Bewertungszeitraums aufzuheben, für den die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt wurde. [3] Sie ist mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist.

§ 137h **– Anmerkung: Fassung bis 25. Mai 2020**

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

(1) [1] Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln. [2] Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt im Benehmen mit dem Hersteller derjenigen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse, die in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen sollen. [3] Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf, gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob

1. der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist,
2. der Nutzen zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder
3. die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

[5] Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 4 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. [6] Das Nähere zum Verfahren ist erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 in der Verfahrensordnung zu regeln. [7] Satz 1 ist erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verfahrensordnung anzuwenden.

(2) [1] Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S.1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, oder den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist. [2] Eine Methode weist ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept im Sinne von Absatz 1 Satz 3 auf, wenn sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet. [3] Nähere Kriterien zur Bestimmung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmals bis zum 31. Dezember 2015 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.

(3) [1] Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach den §§ 136 bis 136b zu regeln sind. [2] Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. [3] Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. [4] Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden.

(4) [1] Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. [2] Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. [3] Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. [4] Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden. [5] Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. [6] Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. [7] Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich

ist. [8] Nach Abschluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.

(5) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 ist eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung ausgeschlossen; der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2.

(6) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Krankenhäuser und Hersteller von Medizinprodukten im Vorfeld des Verfahrens nach Absatz 1 über dessen Voraussetzungen und Anforderungen im Hinblick auf konkrete Methoden. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen der Beratung prüfen, ob eine Methode dem Verfahren nach Absatz 1 unterfällt, insbesondere ob sie ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, und hierzu eine Feststellung treffen. [3] Vor einem solchen Beschluss gibt er im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet weiteren betroffenen Krankenhäusern sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme. [4] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [5] Für den Beschluss gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend.

(7) [1] Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. [2] Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Fassung ab 26. Mai 2020 (vgl. Artikel 17 Absatz 4b TSVG)

§ 137h

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

(1) [1] Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus **im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts** dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts**, insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt,** zu übermitteln. [2] **Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 4.** [3] **Vor der Bewertung** gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie **weiteren** betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob

1. der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist,
2. **die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder**
3. **weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.**

[5] Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 4 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. [6] Das Nähere zum Verfahren ist erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 in der Verfahrensordnung zu regeln. [7] Satz 1 ist erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verfahrensordnung anzuwenden.

(2) [1] Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S.1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, oder den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist. [2] Eine Methode weist ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept im Sinne von Absatz 1 **Satz 2** auf, wenn sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet. [3] Nähere Kriterien zur Bestimmung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmals bis zum 31. Dezember 2015 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.

(3) [1] Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach den §§ 136 bis 136b zu regeln sind. [2] Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung** nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. [3] Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung** in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. [4] Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden.

(4) [1] Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 **Nummer 3** entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e**; eine Prüfung des Potentials der Methode erfolgt nicht**. [2] Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung** nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. [3] Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung** in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. [4] Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden. [5] **Die Methode wird im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht.** [6] **Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinprodukts regeln, das im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode angewendet wird, insbesondere einen befristeten Zeitraum für dessen Abrechnungsfähigkeit festlegen.** [7] **Die betroffenen Hersteller haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745**

des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln. [8] Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. [9] Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. [10] **Nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.** [11] **Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.**

(5) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 **Nummer 2** ist eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach **§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung** ausgeschlossen; der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2.

(6) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Krankenhäuser und Hersteller von Medizinprodukten**, auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus,** im Vorfeld des Verfahrens nach Absatz 1 über dessen Voraussetzungen und Anforderungen im Hinblick auf konkrete Methoden **sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen**. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen der Beratung prüfen, ob eine Methode dem Verfahren nach Absatz 1 unterfällt, insbesondere ob sie ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, und hierzu eine Feststellung treffen. [3] Vor einem solchen Beschluss gibt er im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet weiteren betroffenen Krankenhäusern sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme. [4] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [5] Für den Beschluss gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. [6] **Für die Hersteller von Medizinprodukten ist die Beratung gebührenpflichtig.** [7] **Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die diesen im Rahmen der Beratung von Medizinprodukteherstellern nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten, soweit diese Kosten vom Medizinprodukteherstellen getragen werden.** [8] **Das Nähere einschließlich der Erstattung der entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.**

(7) [1] Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. [2] Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Begründung zum TSVG – Inkrafttreten 26. Mai 2020 (vgl. Artikel 17 Absatz 4b):

Das Verfahren nach § 137h hat sich in der Praxis bislang nicht ausreichend etabliert. Das Verfahren wird daher vereinfacht. Die Verantwortung der Medizinprodukthersteller wird gestärkt, um die Voraussetzungen für eine effektive und zügige Verfahrensdurchführung sicherzustellen.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Für die Übermittlung der relevanten Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird das Erfordernis eines Einvernehmens zwischen dem Krankenhaus, das eine erstmalige NUB-Anfrage stellt, und dem Hersteller des für die Methode maßgeblichen Medizinprodukts geregelt. Gleichzeitig wird in Absatz 1 Satz 1 klargestellt, dass es sich bei den relevanten Informationen insbesondere um Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt handelt.

Zu Satz 2

Die bisherige Vorgabe einer Benehmensherstellung in Absatz 1 Satz 2 kann aufgrund des in Satz 1 geregelten Einvernehmenserfordernisses entfallen. Im neuen Satz 2 erfolgt eine sprachliche Klarstel-

lung, die besser als die bisherige Formulierung in Satz 3 zum Ausdruck bringt, dass ein Bewertungsverfahren des G-BA nach § 137h nur dann durchgeführt wird, wenn die Methode nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist.
Zu Satz 3
Bei den Anpassungen in Satz 3 handelt es sich um Folgeänderungen.
Zu Satz 4 Nummer 2 und 3
Durch die Änderungen in Satz 4 wird die Bewertung durch den G-BA vereinfacht. Die Notwendigkeit einer Potentialprüfung wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.
Zu Absatz 2 Satz 2
Bei der Anpassung in Absatz 2 Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung.
Zu Absatz 4
Zu Satz 1
Es handelt sich um eine Folgeänderung.
Zu Satz 5
Die Formulierung in den neugefassten Sätzen 5 und 6 stellt klar, dass die Methode im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht wird und der G-BA dabei die Voraussetzungen der Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode regeln, insbesondere einen befristeten Zeitraum für die Abrechnungsfähigkeit festlegen kann. Die bisherige gesetzliche Beschränkung auf Krankenhäuser, die an der Erprobung teilnehmen, entfällt. Im neuen Satz 6 werden die betroffenen Hersteller verpflichtet, dem G-BA unverzüglich nach Fertigstellung die periodischen Sicherheitsberichte und weitere geforderte klinische Daten gemäß Zertifizierung nach der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte zu übermitteln.
Zu Satz 10 und 11
Es wird klargestellt, dass der G-BA auch im Falle einer vorzeitigen Beendigung der Erprobung auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c entscheidet, aber dabei die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse weiterhin möglich bleibt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine Anpassung der Vorgaben für die Erprobung an die Versorgungsrealität erforderlich ist, um die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten, oder wenn nach den zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnissen zwar der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, dies aber in Zukunft erwartet und ein Schaden gleichzeitig weitgehend ausgeschlossen werden kann. In diesem Fall verlängert sich die Abrechenbarkeit der Methode entsprechend für den Aussetzungszeitraum.
Zu Absatz 5
Es handelt sich um eine Folgeänderung.
Zu Absatz 6
Zu Satz 1
Durch die Ergänzungen in Absatz 6 wird das Beratungsrecht der Krankenhäuser und Medizinproduktehersteller gestärkt, indem auf deren Wunsch auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in die Beratung durch den G-BA einzubeziehen sind. Zudem wird klargestellt, dass sich die Beratung nicht nur auf die Einschlägigkeit des Verfahrens nach § 137h bezieht, sondern insbesondere auch das Verfahren einer Erprobung einschließlich der Wahlmöglichkeit nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zum Gegenstand haben kann.
Zu Satz 6 bis 8
Aufgrund dieser Klarstellung und der stärkeren Einbeziehung der Hersteller in die Verantwortung für die Informations- und Datenübermittlung ist es zudem sachgerecht, zukünftig eine Gebührenerhebung für die Beratung der Hersteller einzuführen. Zugleich wird eine gesetzliche Grundlage für den Kostenausgleich zwischen dem GBA und den nach Satz 1 an der Beratung mitwirkenden Instituten geschaffen. Auch letzteren entsteht auf Grund ihrer Mitwirkung an der gebührenpflichtigen Beratung ein Verwaltungs- und Kostenaufwand. Soweit die Medizinproduktehersteller gebührenpflichtig sind, muss der G-BA den Aufwand der mitwirkenden Institute bei der Kostenfestsetzung berücksichtigen und den Anteil der Gebühren, der auf die Mitwirkung der Institute entfällt, an diese weiterleiten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3 Satz 2 und 3, Absatz 4 Satz 2 und 3 und Absatz 5
Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur fehlerhafter Verweise. Diese ist nötig, weil sich mit

dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) die Absatzzählung in § 6 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) durch die Einfügung von zwei Absätzen geändert hat. Die übrigen Anpassungen des § 137h bleiben unverändert.

§ 137i

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

(1) [1] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 31. August 2019 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2020 eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen.** [2] **Darüber hinaus**

1. **vereinbaren sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie,**
2. **legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020, weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.**

[3] **Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen.** [4] **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand zum Zweck der Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern jährlich zu aktualisieren.** [5] Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. [6] Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt. [7] In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Intensiveinheiten, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. [8] Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. [9] Sie bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. [10] Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von **Sanktionen nach Absatz 5**. [11] Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zu Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen. [12] Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen sind und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei

der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind. [13] Kommt eine Vereinbarung über die **Sanktionen nach Satz 10** bis zum **31. Januar 2019** nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

(2) [1] Bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 steht das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und beteiligt den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege bei **dem in Satz 4 vorgesehenen Verfahrensschritt**. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 das Institut nach § 137a mit Gutachten beauftragen; § 137a Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit ist berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen, und erhält deren fachliche Unterlagen. [4] **Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1** sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 gefährdet **ist**, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen.

(3) [1] **Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen.** [2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen. [3] **Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.** [4] **Für die Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und nach dieser Vorschrift übertragen sind, gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt.** [5] **Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.** [6] **Für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.**

(3a) [1] **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 als Datengrundlage erforderlich sind.** [2] **Soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Satz 1 auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten fest.** [3] **Die für die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten, die von den Krankenhäusern nicht bereits nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sind erstmals spätestens bis zum 31. Mai 2019 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln.** [4] **Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren Pauschalen, mit denen der Aufwand, der bei den ausgewählten Krankenhäusern bei der Übermittlung der Daten nach Satz 2 entsteht, abgegolten wird.** [5] **Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden.** [6] **Die Pauschalen nach Satz 4 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist.** [7] **Das Institut bereitet diese Daten in einer Form auf, die eine stations- und schichtbezogene sowie eine nach dem Pflegeaufwand gemäß Absatz 1 Satz 3 entsprechend differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht, und stellt sie für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung.**

(4) [1] Für die Jahre ab 2019 haben die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft

den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Berufsbezeichnungen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen. [2] Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die nähere Ausgestaltung der Nachweise. [3] Die Krankenhäuser übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jedes Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. [4] Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. [5] Kommt eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise nach Satz 2 unter Einschluss der gemäß Absatz 1 **Satz 8** vorzusehenden Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. [6] **Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung oder nach den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 nicht eingehalten worden sind.** [7] **Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, erfolgen.** [8] **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und den jeweils zuständigen Landesbehörden einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.**

(4a) [1] **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 15. Februar eines Jahres, erstmals zum 15. Februar 2019, auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutionskennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert**

1. **die Angaben der Krankenhäuser über die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die diese auf Grund der in § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 übermittelt haben,**
2. **die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und**
3. **den auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelten Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern.**

[2] **Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.**

(4b) [1] **Für Krankenhäuser, die ihre nach § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 festgelegten Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren.** [2] **Zudem vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die nach Absatz 3a Satz 2 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden und ihre Pflicht zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.** [3] **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes über Verstöße gegen die in den Sätzen 1 und 2 genannten Pflichten der Krankenhäuser.**

(4c) Widerspruch und Klage gegen Maßnahmen zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in

den Krankenhäusern, gegen Maßnahmen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern sowie gegen Maßnahmen zur Begründung der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) [1] **Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ab dem 1. April 2019 entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren.** [2] **Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen.** [3] **Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht.** [4] **Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat.** [5] **In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden.**

(6) – aufgehoben

(6) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3 Satz 5

Mit der Änderung in Absatz 3 Satz 5 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Regelung in § 137j Absatz 3 zur Finanzierung der notwendigen Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben entstehen. Mit der vorgenommenen Anpassung wird in § 137i entsprechend der Regelung in § 137j geregelt, dass der Systemzuschlag infolge der Aufgabenübertragung an das Institut zu erhöhen ist, sofern die übertragenen Aufgaben eine Erhöhung des Zuschlags wegen tatsächlich entstandener Mehraufwendungen erfordern.

Zu Absatz 4b Satz 2 und 3

Mit dem neuen Satz 2 werden die Regelungen zur Übermittlung von Daten, die zur Herstellung einer Datengrundlage im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen benötigt werden, an die Vorgaben zur Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst. Danach ist nunmehr die Nichtlieferung, die nicht vollständige Lieferung oder die nicht fristgerechte Übermittlung der Daten, die nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3a entwickelten Konzept für die Herstellung einer tragfähigen Datengrundlage zur Weiterentwicklung der Pflegpersonaluntergrenzen an das Institut zu übermitteln sind, mit der Erhebung von Vergütungsabschlägen auf Krankenhausebene sanktioniert. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen die Informationen über die Pflichtverletzungen der Krankenhäuser, um die dafür vorgesehenen Vergütungsabschläge vorzusehen.

Zu Absatz 4c

Nach Absatz 3a hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen als Datengrundlage erforderlich sind, zu erarbeiten. Dabei sind in dem Konzept auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten festzulegen, soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind. Diese nur von einer Auswahl an Krankenhäusern zu übermittelnden Daten sind für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen von grundlegender Bedeutung, da die danach aufbereiteten Daten über die gegenwärtige Pflegepersonalausstattung erst die Ableitung von konkreten Pflegepersonaluntergrenzen ermöglichen. Mit der Änderung des Absatzes 4c wird aus Gründen der Rechtssicherheit klargestellt, dass die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage auch für Rechtsbehelfe ausgeschlossen ist, die sich gegen das Auswahlergebnis des gesetzlich unmittelbar mit der Konkretisierung der Datenübermittlungspflicht nach Absatz 3a Satz 3

beliehenen Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die damit einhergehende Verpflichtung zur entsprechenden Datenübermittlung wenden. Ein Zuwarten bis zur Entscheidung im verwaltungsgerichtlichen Verfahren kann vor dem Hintergrund des angestrebten Gesetzeszwecks, der in der Vorbereitung der fristgebundenen Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen besteht, nicht hingenommen werden.

***Zu Absatz 6* – aufgehoben**

Der bisherigen Absatz 6 sah den Abschluss einer Rahmenvereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die Mehrkosten vor, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen. Vor dem Hintergrund der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur finanziellen Stärkung der Pflege getroffenen Maßnahmen – insbesondere die vollständige Finanzierung von zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung – ist die Notwendigkeit einer solchen Vereinbarung obsolet. Denn es ist nicht ersichtlich, welche Mehrkosten den Krankenhäuser bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen könnten, da diese nicht von den Krankenhäusern zu tragen, sondern von den Kostenträgern zu refinanzieren sind. Als Folgeänderung der Aufhebung des Absatzes 6 wird der bisherige Absatz 7 zu Absatz 6.

Begründung zum PpSG:

***Zu Absatz 6 Satz 1* – Anmerkung: siehe die wesentlichen Änderungen der Absätze 1 bis 6 und Einfügen von Absatz 3a, 4a bis 4c durch den 14. Ausschuss – Absatz 6 aufgehoben durch TSVG**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, mit der die Finanzierung von Mehrkosten, die sich durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ergeben, durch Zuschläge der Vertragsparteien auf der Ortsebene auf der Grundlage einer Schätzung der Vertragsparteien auf der Bundesebene befristet wird. Diese Finanzierung über Zuschläge entfällt im Jahr 2020, also sobald die Pflegepersonalkosten umfassend durch die vereinbarten Pflegebudgets finanziert werden und somit auch etwaige Kosten aus der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt sind.

Der 14. Ausschuss begründet die umfangreichen Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1

Zu Satz 1 bis 4

Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene, die durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung im Wege der Ersatzvornahme festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln und um Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu ergänzen. Zu diesem Zweck haben sie zum einen die bereits festgelegen Untergrenzen aufgrund zwischenzeitlich vorliegender aktuellerer Datengrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls deren Höhe anzupassen. Außerdem sind diese Untergrenzen in einer entsprechend dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Pflegeaufwand differenzierten Höhe festzulegen. Darüber hinaus haben die Vertragspartner Pflegepersonaluntergrenzen auch für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und der Herzchirurgie zu vereinbaren, für die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung noch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden konnten. Auch diese Untergrenzen sind in einer entsprechend dem Pflegeaufwand zu differenzierten Höhe festzulegen. Schließlich haben sie in jährlichen Abständen weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus und die hierfür geltenden Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Diese neuen Pflegepersonaluntergrenzen sollen erstmals zum 1. Januar 2021 gelten.

Zu Satz 10

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 5. Der bisherige Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen insbesondere Höhe und Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu vereinbaren, wird dahingehend erweitert, dass die Vertragsparteien auch Höhe und Ausgestaltung von Verringerungen der Fallzahl zu vereinbaren haben.

Zu Satz 13

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung im neuen Satz 10. Auf Grund der Erweiterung des Auftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene wird die Frist für den Abschluss der Vereinbarung verlängert. Eine entsprechende Fristverlängerung gilt auch für die Schiedsstelle.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

***Zu Satz 4 und 6* – aufgehoben**

Für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen werden die Vorgaben für die Vertragspartner auf Bundesebene, dem Bundesministerium für Gesundheit einen Zeitplan und einen Zwischenbericht vorzulegen, aufgehoben. Dies trägt zur Vereinfachung des Verfahrens bei.

Zu Satz 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

Zu Absatz 3
***Zu Satz 1* – aufgehoben**
Mit der Streichung des Satzes 1 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass von der dort geregelten Verordnungsermächtigung durch den Erlass der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gebrauch gemacht worden ist.
***Zu Satz 1* – neu**
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des Satzes 1.
Zu Satz 3 bis 6
Die Regelung im neuen Satz 4 stellt klar, dass das InEK die Aufgaben, die ihm durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung übertragen wurden in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übertragen worden wären. Satz 5 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.
Zu Absatz 3a
Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, wird das InEK beauftragt, ein Datenkonzept zu entwickeln, das eine Beschreibung der erforderlichen Daten und des Verfahrens der Übermittlung dieser Daten enthält. Dieses Konzept kann auch vorsehen, dass nur Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt werden, um dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. In diesem Fall legt das Konzept auch fest, um welche Krankenhäuser es sich handelt. Die betroffenen Krankenhäuser haben die entsprechenden Daten an das InEK zu übermitteln, das sie in der erforderlichen Form zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung stellt. Um welche Daten es sich im Einzelnen handelt, kann derzeit noch nicht umschrieben werden. Da es sich aber nur um Daten handeln kann, die für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 benötigt werden, ist dem Bestimmtheitsgrundsatz Rechnung getragen. Für die Krankenhäuser, die an der über die nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes hinausgehende Übermittlung von Daten teilnehmen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Pauschalen zu vereinbaren. Mit diesen wird in Abhängigkeit der Anzahl und der Qualität der übermittelten Datensätze pauschal ein Ersatz für den Aufwand geleistet, der den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Übermittlung der von ihnen zusätzlich zu liefernden Daten entsteht.
Zu Absatz 4
Zu Satz 1 und 4
Mit der Streichung der Vorgabe, dass der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auch differenziert nach Personalgruppen zu erfolgen hat, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich auf den Pflegedienst beziehen und daher andere Personalgruppen wie zum Beispiel der ärztliche Dienst nicht maßgeblich sind. Erforderlich ist vor diesem Hintergrund allein der Nachweis, welche Qualifikationen das zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen herangezogene Pflegepersonal aufweist. Dies wird durch die Differenzierung nach Berufsbezeichnungen sichergestellt.
Zu Satz 5
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze in Absatz 1.
Zu Satz 6 bis 8
Hat ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten, so hat es zusätzlich zu dem Nachweis nach Satz 1 den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem InEK die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, quartalsweise mitzuteilen. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen diese Information, weil an die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 5 Sanktionen zu knüpfen sind. Das InEK leitet diese Informationen an die Vertragspartner auf Bundesebene und an die zuständigen Landesbehörden weiter, damit diese gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen können, um künftige Unterschreitungen der Pflegepersonaluntergrenzen zu vermeiden.
Zu Absatz 4a
Die Regelung dient der Transparenz und dem Patientenschutz. Eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten, welches Krankenhaus aufgesucht werden soll, ist nur möglich, wenn sie über belastbare Informationen darüber verfügen, ob ein Krankenhaus wenigstens die Mindeststandards hinsichtlich seiner Ausstattung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven Bereichen einhält. Aus diesem Grund ist die Veröffentlichung der Angaben der Krankenhäuser über die dort identifizierten pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen sowie den ermittelten Pflegeaufwand erforderlich. Für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.
***Zu Absatz 4b* – Anmerkung: Siehe Ergänzung durch TSVG**
Durch die Regelung soll die zeitgerechte Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sichergestellt

werden. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenhäuser ihre Mitteilungspflichten erfüllen, damit ihre pflegesensitiven Bereiche identifiziert und auf dieser Grundlage Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können. Würden die entsprechenden Mitteilungen nicht in der jeweils vorgesehenen Zeit erfolgen, könnte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen auf unabsehbare Zeit verzögert werden.

***Zu Absatz 4c* – Anmerkung: Siehe Neufassung durch TSVG**

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage stellt die zeitgerechte Umsetzung der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sicher. Die Regelung führt dazu, dass Krankenhäuser, die gegen die Ermittlung ihrer pflegesensitiven Bereiche, des Pflegeaufwands und der in diesen pflegesensitiven Bereichen geltenden Pflegepersonaluntergrenzen vorgehen, die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht auf unabsehbare Zeit verzögern können, indem sie Rechtsbehelfe erheben.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift konkretisiert die Vorgaben für die Vertragsparteien auf Krankenhausebene, in welchem Umfang welche Sanktionen zu vereinbaren sind, wenn ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass es hierfür das Vorliegen der Voraussetzungen einer Ausnahme- oder Übergangsregelung geltend machen kann. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen auf Krankenhausebene nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle findet ein Vorverfahren nicht statt, die Klage gegen diese Entscheidung hat keine aufschiebende Wirkung. Eine Regelung entsprechend der Regelung in Absatz 4c ist daher entbehrlich.

***Zu Absatz 6 Satz 1* – Anmerkung: Absatz 6 aufgehoben durch TSVG**

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz … epid. Überwachung übertragbarer Krankheiten das Einfügen wie folgt:

Vorbemerkung: siehe die grundlegenden Änderungen und Ergänzungen durch PpSG

Der neue § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen vor. Dies ist eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus". Nach dem in der Begründung zum Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 62, Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe jj) festgelegten Arbeitsauftrag sollte die Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob im Diagnosis Related Groups (DRG)-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung (Themenkomplex 1) und der allgemeine Pflegebedarf (Themenkomplex 2) in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden, und ggf. Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Zudem sollte sich die Expertinnen- und Expertenkommission der Frage widmen, auf welche Weise die Verwendung der nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung gestellten Finanzmittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann (Themenkomplex 3).

Aus den am 7. März 2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission ergibt sich kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf bezüglich der Themenkomplexe 2 und 3 zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung. Die Erfahrungen, die in anderen Staaten mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass diese eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern sind.

Zu Absatz 1 **– Anmerkung: siehe Neufassung von Satz 1 (jetzt: Satz 1 bis 4) durch PpSG**

Gemäß Satz 1 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und in diesen pflegesensitiven Bereichen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, verbindlich zu vereinbaren. Bei diesen Pflegepersonaluntergrenzen handelt es sich um Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden. Nach Satz 2 **(5)** *sind bei der Ermittlung dieser Verhältniszahlen alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen, das heißt unterschiedslos zu berücksichtigen. Unterschiede etwa hinsichtlich des Versicherungsstatus spielen daher für die Bildung der Verhältniszahlen keine Rolle. Die Pflegepersonaluntergrenzen gelten gemäß Satz 3* **(6)** *nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da die entsprechenden Mindestvorgaben für diese Einrichtungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegt werden.*

Von der Vereinbarung ist insbesondere Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bet-

tenführenden Stationen zu erfassen (vgl. § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG). Dazu zählen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung, zusätzlich können beispielsweise auch ergänzend Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. Die zu treffenden Vorgaben sind im Verhältnis Patient pro Pflegekraft als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios", darzustellen. Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.

Nach Satz 4 **(7)** *sind zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass Intensiveinheiten bettenführende eigene Abteilungen oder auch einzelne Betten in anderen, eigenen Fachabteilungen sein können. In begründeten Fällen können auch für Intensiveinheiten, die außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen liegen, sich aber dennoch ihrerseits als pflegesensitiv erweisen, von den Vertragsparteien nach Satz 1 Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass auch für Intensiveinheiten in nicht pflegesensitiven Bereichen, in Fällen festgestellter Pflegesensitivität, Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können, ohne dass dadurch die grundsätzliche Beschränkung auf pflegesensitive Bereiche aufgegeben wird. Die Berücksichtigung der Besetzung im Nachtdienst gilt für die festzulegenden pflegesensitiven Bereiche; sie kann, in begründeten Fällen, auch in anderen Bereichen erfolgen.*

In Satz 5 **(8)** *wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach Satz 1 bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen, sogenannter Substitutionseffekte, vorzusehen haben. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in diesen anderen Bereichen nicht eintritt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf folglich nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Ein Hinweis auf mögliche Substitutionseffekte kann beispielsweise dann gegeben sein, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche erkennbar verringert hat. Bei der Beurteilung, ob es zu unzulässigen Personalverlagerungen kam, ist auch die unterschiedliche Pflegepersonalausstattung der jeweiligen Krankenhäuser in der Ausgangslage zu berücksichtigen.*

Gemäß Satz 6 **(9)** *bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 zwingend notwendige Ausnahmetatbestände und notwendige Übergangsregelungen. Damit wird sichergestellt, dass bei Wahrung der Verbindlichkeit der Pflegepersonaluntergrenzen Fälle ihrer unverschuldeten Nichteinhaltung Berücksichtigung finden. In Betracht kommen dabei etwa kurzfristige Personalengpässe sowie starke Erhöhungen der Patientenzahl durch unvorhersehbare Ereignisse (beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse). Notwendige Übergangsregelungen sind von Bedeutung in Fällen wesentlicher Umsetzungshindernisse, die von der einzelnen Einrichtung nicht zu beeinflussen sind, wie beispielsweise ein etwaiger Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. Das Vorliegen eines unverschuldeten Ausnahmetatbestandes sowie die Voraussetzungen einer Übergangsregelung hat das jeweilige Krankenhaus in geeigneter Weise nachzuweisen.*

Nach Satz 7 **(10)** *haben die Vertragsparteien nach Satz 1 für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen* **(Anmerkung: jetzt Sanktionen)** *zu bestimmen. Hierdurch soll die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gefördert werden. Denkbar ist als zusätzliche Maßnahme etwa auch die Festlegung von Anhörungs- und Konsultationsverfahren. Beispielsweise könnte bei Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen das Krankenhaus in einem solchen Konsultationsverfahren darlegen, inwieweit die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes gegeben sind. Zu den vorzusehenden Vergütungsabschlägen haben die Vertragsparteien nach Satz 1 eine Vereinbarung über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Abschläge auf Grundlage der Vorgaben aus Absatz 1 zu treffen. Der Verweis auf § 11 KHEntgG stellt klar, dass die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Vereinbarungen der Vertragspartner auf Ortsebene verbindlich sind. Die auf der Bundesebene von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten Vergütungsabschläge sind daher unter Berücksichtigung der Vorgaben von Absatz 5 von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für das einzelne Krankenhaus umzusetzen. Der Vergütungsabschlag wird entgeltrechtlich nach § 8 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG durch einen Abschlag auf die Fallpauschalen und Zusatzentgelte vorgenommen.*

Angesichts des vorgesehenen Zeitrahmens bis Mitte 2018 und des Ziels einer erfolgreichen Festsetzung durch die Selbstverwaltung sind bei der Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen sowohl wissenschaftliche als auch typisierend-normative Ansätze denkbar. Vor diesem Hintergrund steht es nach Satz 8 **(11)** *im Ermessen der Vertragsparteien nach Satz 1, ob sie im Bedarfsfall zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie der Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen.*

Satz 9 **(12)** *sieht vor, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsver-*

ordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen sind. Das bedeutet, dass den vorgenannten Verbänden in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist. Ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Durch diese qualifizierte Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung wird unterstützt, dass praxisnahe Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der erforderlichen Expertise erarbeitet werden.

Gelingt es den Vertragsparteien nach Satz 1 nicht, eine Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen nach Satz 7 bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach Satz 10 **(13)** *die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen. Soweit das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit von Krankenhausträgern dadurch berührt sein kann, dass die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei entscheidet, ist dies durch sachliche Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Das Zustandekommen einer Vereinbarung zu Vergütungsabschlägen ist erforderlich, damit die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit einer spürbaren Sanktion verknüpft werden kann. Andernfalls stünde es den Krankenhäusern faktisch frei, ob sie die Pflegepersonaluntergrenzen anwenden. Die Frage, ob die gesetzlichen Vorgaben zur Anwendung kommen, kann aber nicht davon abhängen, ob eine der Vertragsparteien die Einleitung des Schiedsverfahrens beantragt. Zur Durchsetzung und Beschleunigung der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen wird daher von einem Antragserfordernis für die Einleitung des Schiedsverfahrens abgesehen.*

Zu Absatz 2 **– Anmerkung: siehe Änderungen durch PpSG**

Absatz 2 enthält die notwendigen Verfahrensregelungen, um eine fristgerechte Vereinbarung der Pflegepersonaluntergrenzen sicherzustellen. Hierzu wird insbesondere eine ständige fachliche Begleitung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Regelungen sind teilweise an das in § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelte wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Pflegeeinrichtungen angelehnt.

Satz 1 sieht vor, dass bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 steht und auch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bei den Verfahrensschritten nach den Sätzen 4 bis 6 beteiligt. So informiert das Bundesministerium für Gesundheit den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten über den vorgelegten Zeitplan und den Bearbeitungsstand und stellt ihm den Zwischenbericht nach Satz 6 zur Verfügung. In Satz 2 ist geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der fachlichen Begleitung des Vereinbarungsprozesses bei geeigneten Fragestellungen zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auch Aufträge an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vergeben kann. Eine entsprechende Anwendung der Finanzierungsregelung des § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V ist vorgesehen. Nach Satz 3 ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Satz 4 regelt, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben. Gemäß Satz 5 sind sie verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen nach Absatz 1 zu erteilen und mögliche Lösungen für Probleme vorzulegen, die dem Abschluss einer Vereinbarung im Weg stehen. Satz 6 sieht vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben.

Zu Absatz 3 **– Anmerkung: siehe Änderungen durch PpSG**

Gemäß Absatz 3 Satz 1 erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, wenn die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt, soweit diese Vorgaben nicht nach Absatz 1 Satz 10 oder Absatz 4 Satz 5 durch die Bundesschiedsstelle festgelegt werden. Wie auch im Fall von Absatz 1 Satz 1 sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung erlassenen Vorgaben zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Satz 2 stellt sicher, dass das Bundesministerium für Gesundheit die erforderliche Expertise zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch in Auftrag zu gebende Datenerhebungen, Auswertungen, insbesondere Datenauswertungen, oder Sachverständigengutachten einholen kann. Die Regelung in Satz 3 konkretisiert dies dahingehend, dass insbesondere, und damit nicht nur, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das IQTIG mit Auswertungen und Sachverständigengutachten beauftragt werden können. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 erlässt und in diesem Zusammenhang das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die für das Institut in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu decken, der bei Bedarf entsprechend zu erhöhen ist. Für das IQTIG kann eine Finanzierung entsprechend § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V erfolgen.

Zu Absatz 4 **– Anmerkung: siehe Änderungen durch 14. Ausschuss zum PpSG**
Durch Absatz 4 werden die Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahr 2019 durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde die Einhaltung der nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Vorgaben nachzuweisen. Die Prüfung wird im Regelfall anhand der Dokumentation über den jeweiligen Personaleinsatz erfolgen. Entsprechende Dokumentationspflichten werden zeitgleich mit den Vorgaben nach Absatz 1 von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart. Nach Satz 2 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu diesem Zweck mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die nähere Ausgestaltung der Nachweise. Die Nachweise können auf einer Jahresdurchschnittsbetrachtung basieren, soweit mindestens sichergestellt ist, dass die Besetzung je Schicht erkennbar ist. Bei der Ausgestaltung des Nachweises ist zu berücksichtigen, dass nach Absatz 1 Satz 5 Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen (Substitutionseffekte) zu vermeiden sind. Dabei können sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auch an ähnlichen, bereits in anderen Bereichen getroffenen Vereinbarungen orientieren. Sie sollen insbesondere prüfen, inwieweit die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für den Nachweis genutzt werden können und gegebenenfalls die Anforderungen an die Qualitätsberichte entsprechend über den Gemeinsamen Bundesausschuss anzupassen sind, damit diese zukünftig dafür nutzbar gemacht werden können. Gemäß Satz 3 übermitteln die Krankenhäuser den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 benötigen die im Nachweis enthaltenen Informationen insbesondere für den nach Absatz 7 bis zum 31. Dezember 2022 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit vorzulegenden wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 KHEntgG benötigen diese Informationen, um die nach Absatz 1 Satz 7 bestimmten Vergütungsabschläge nach Absatz 5 vorzusehen und etwa das Vorliegen von Ausnahmetatbeständen oder die Voraussetzungen für die Anwendung einer Übergangsregelung vor Ort identifizieren zu können. Die Länder benötigen diese Informationen, um in die Lage versetzt zu werden, bei einer Unterschreitung von Personaluntergrenzen ggf. auch Konsequenzen in der Krankenhausplanung ziehen zu können. Satz 4 regelt, dass die Krankenhäuser den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, in ihren Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen haben. Auf diese Weise wird Transparenz insbesondere gegenüber den Patientinnen und Patienten geschaffen. Nachzuweisen ist das tatsächlich vorhandene Personal, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Gelingt es den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz nicht, eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach Satz 5 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen. Um ein zeitnahes Zustandekommen der Entscheidung der Schiedsstelle sicherzustellen, wird von einem Antragserfordernis für die Einleitung des Schiedsstellenverfahrens abgesehen. Ohne zeitnahes Vorliegen dieser Entscheidung könnte nicht festgestellt werden, ob die Pflegepersonaluntergrenzen von den Krankenhäusern eingehalten werden und ob es zu Personalverlagerungen in pflegesensitive Bereiche gekommen ist, sodass die Pflegepersonaluntergrenzen unterlaufen werden. Die Notwendigkeit der Durchsetzung und Beschleunigung der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen rechtfertigt einen möglichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit von Krankenhausträgern auf Grund des Fehlens eines Antragserfordernisses.
Zu Absatz 5 **– Anmerkung: siehe Neufassung durch PpSG**
Absatz 5 regelt die Anwendung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene oder vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmten Vergütungsabschlags auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren einen Vergütungsabschlag, wenn ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3 nicht einhält, ohne dass eine nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmte Ausnahme einschlägig ist oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 vorgesehenen Übergangsregelung erfüllt sind. Hierdurch soll der Anreiz für die Krankenhäuser, die Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, verstärkt werden.
Zu Absatz 6 **– Anmerkung: siehe Ergänzung durch PpSG („nur für das Jahr 2019") – aufgehoben durch TSVG**
Da sich die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach Absatz 1 auf Untergrenzen von Pflegepersonal zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität bezieht, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die mit diesen Untergrenzen verbundene Pflegepersonalausstattung bereits mit den bestehenden Entgelten ausfinanziert ist. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Selbstverwaltungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen pflegesensitiven Bereichen so festlegen, dass sie durch die bestehenden Entgelte jedenfalls zum Teil noch nicht in vollem Umfang abgedeckt werden. Absatz 6 sieht daher eine differenzierte Finanzierungsregelung im Hinblick auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vor. Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser zielen darauf ab, gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung ent-

gegen zu wirken. Durch Pflegepersonaluntergrenzen für entsprechend pflegesensitive Bereiche soll das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden.
Grundsätzlich ist der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in der Kalkulation des DRG-Systems berücksichtigt. Zudem wird zusätzlich zu den Entgelten des DRG-Systems seit dem Jahr 2017 ein Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro gezahlt, der allgemeinen Krankenhäusern zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung dienen soll. Auch die nach § 8 Absatz 10 KHEntgG ab dem Jahr 2019 vorzunehmende Erhöhung des Pflegezuschlags um die zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms kommt der verbesserten pflegerischen Versorgung zu gute.
Sofern allerdings durch die Festlegungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 3 in bestimmten Fällen eine anderweitige Finanzierung eines entstehenden finanziellen Mehraufwands von Pflegepersonaluntergrenzen, insbesondere über die Entgelte des DRG-Systems, Zuschläge, krankenhausindividuelle Entgelte oder Entgelte auf der Grundlage des SGB V, nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, sieht Absatz 6 vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 eine Rahmenvereinbarung zur Berücksichtigungsfähigkeit von Mehrkosten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu treffen haben.
Sofern eine nach Satz 2 auszuschließende Doppelfinanzierung der festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen nicht vorliegt, haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auf der Grundlage von Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die personellen und finanziellen Folgen einer festgelegten Pflegepersonaluntergrenze abzuschätzen und zu vereinbaren, welche Mehrkosten zur Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu berücksichtigen sind. Damit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die erforderlichen Auswertungen durchführen kann, wird der Datensatz nach § 21 KHEntgG um Strukturdaten zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte insgesamt sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den noch festzulegenden pflegesensitiven Bereichen ergänzt. Zusätzlich sind für die Auswertung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus insbesondere Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser heranzuziehen. Maßgeblich für den zu vereinbarenden Umfang der Zuschläge ist, inwieweit die Mehrkosten für Pflegepersonaluntergrenzen noch nicht in den bereits bestehenden Entgelten enthalten sind. Diese Differenz ist durch Zuschläge nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu finanzieren. Im Hinblick auf die Bedeutung von Pflegepersonaluntergrenzen zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität haben die Selbstverwaltungspartner dabei zu gewährleisten, dass die Finanzierung allen Krankenhäusern zu Gute kommt, und dass Krankenhäuser, die die Untergrenzen bislang nicht eingehalten haben, nicht gegenüber Krankenhäusern finanziell bevorteilt werden, die die Pflegepersonaluntergrenzen bereits in der Vergangenheit erfüllt haben.
Gelingt es den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweils maßgeblichen pflegesensitiven Bereiche nicht, eine Rahmenvereinbarung zu den finanziellen Folgen der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze zu schließen, entscheidet nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. Die Einzelheiten der unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Zuschläge ergeben sich aus § 5 Absatz 3c KHEntgG.
Nach Ablauf der von den Selbstverwaltungspartnern zu vereinbarenden Übergangszeit (§ 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG) erfolgt die Finanzierung nicht länger über Zuschläge nach dem neuen § 5 Absatz 3c KHEntgG, sondern geht in die pauschale Krankenhausfinanzierung über. Hierzu gehen nach bereits geltender Rechtslage die vereinbarten Zuschläge erhöhend in den Landesbasisfallwert ein (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG), und die Kosten der Pflegepersonaluntergrenzen werden in der Kalkulation der Bewertungsrelationen berücksichtigt.
Zu Absatz 7 **– jetzt Absatz 6 durch TSVG**
Nach Absatz 7 legen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor. Die Auswirkungen der neu festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen sollen möglichst zeitnah evaluiert werden.

§ 137j

Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

(1) [1] **Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020, für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren**

Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. [2] Der Pflegepersonalquotient ist für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln. [3] Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. [4] Für die Zahl der in Satz 1 genannten Vollzeitkräfte sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. [5] Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. [6] Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. [7] Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jeden Standort eines Krankenhauses die Summe seiner Bewertungsrelationen. [8] Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. [9] Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.

(2) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. [2] Für den Fall, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Satz 1 festgelegte Untergrenze unterschreitet, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die Vertragspartner nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen nach Absatz 2a. [3] Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen nach Satz 2 bis zum 30. Juni 2019 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 2 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. [4] Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere

1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf und

2. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.

[5] Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. [6] In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

(2a) [1] Unterschreitet der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Satz 1 festgelegte Untergrenze, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. [2] Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten auszu-

gleichen. [3] Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Unterschreitung steht. [4] Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. [5] In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

(3) [1] **Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt.** [2] **Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.**

Begründung zum PpSG:

Vorbemerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss und Einfügen von Absatz 2a

Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung und ergänzt damit die mit diesem Gesetz unternommenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i, die die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf pflegesensitive Bereiche vorsieht. Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich.

Die Bildung des Pflegepersonalquotienten sowie die durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegte Untergrenze auf dieser Grundlage lässt die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unberührt, die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

***Zu Absatz 1* – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss („unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen", „für jeden Standort eines Krankenhauses")**

Zentrales Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene und der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung ist der Pflegepersonalquotient, der das Verhältnisses zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand. Durch die Bildung dieses Quotienten wird deutlich, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Dieser Quotient wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich für jedes Krankenhaus auf der Grundlage der ihm von den Krankenhäusern übermittelten Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet. Maßgeblich ist hierfür zum einen die Anzahl der im Jahr durchschnittlich beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege, wie sie das Krankenhaus im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt. Dieser Wert ist in das Verhältnis zu setzen zu der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands. Der in den einzelnen Krankenhäusern anfallende Pflegeaufwand wird ab dem Jahr 2020 aufgrund des bundeseinheitlichen Pflegeaufwandkatalogs des InEKs und den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes durch das InEK für die einzelnen Krankenhäusern berechnet. Da das InEK für die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitive Bereichen nach § 137i schon Vorarbeiten für einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands geleistet hat, ist die Erstellung eines solchen Katalogs ohne erheblichen Zusatzaufwand für das InEK möglich. Durch Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten kann deutlich gemacht werden, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen.

Die vom InEK berechneten Quotienten der einzelnen Krankenhäuser werden von diesem an das Bundesministerium für Gesundheit und an die Vertragsparteien auf Bundesebene übermittelt, die diese an die für die jeweiligen Krankenhäuser zuständigen Landesbehörden und an die jeweiligen Vertragsparteien auf Krankenhausebene weiterleiten, die diese Angaben für die von ihnen zu schließenden Vereinbarungen benötigen. Die Länder erhalten diese Informationen, damit sie gegebenenfalls auf die ihrem Zuständigkeitsbereich unterfallenden Krankenhäuser einwirken können, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass das Verhältnis zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegepersonalaufwand unangemessen ist. Dies eröffnet eine weitgehende Transparenz über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und den auf dieses Personal anfallenden Pflegeaufwand und ist Grundlage für in der Rechtsverordnung zu regelnde Veröffentlichungsmodalitäten der Verhältniszahlen.

***Zu Absatz 2* – Anmerkung: zu den (stufenweisen) Sanktionen für das Budgetjahr 2020 siehe Absatz 2a neu durch den 14. Ausschuss**
Absatz 2 enthält die Verordnungsermächtigung für die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu erlassende Rechtsverordnung, mit der auf Grundlage des nach Absatz 1 erstellten Vergleichs der Krankenhäuser untereinander eine Untergrenze auf Gesamthausebene eingeführt wird. Hat ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Die hierdurch begründete Vermutung eines unangemessenen Verhältnisses zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand kann das Krankenhaus widerlegen, indem es durch Tatsachen nachweist, dass auf Grund besonderer Umstände ausnahmsweise eine angemessene Pflegepersonalausstattung vorliegt. Die konkrete Verhältniszahl und der damit einhergehende Anteil der Krankenhäuser, der nach dem Vergleich der Krankenhäuser nach Absatz 1 ein unterhalb der Untergrenze und damit nicht akzeptables Verhältnis von Pflegepersonalausstattung zu Pflegeaufwand abbildet, ist in der Rechtsverordnung festzulegen, da hierfür die vom InEK übermittelten Verhältniszahlen der Krankenhäuser und der danach gebildete Vergleich maßgeblich sein werden.
Um Personalausstattungen unterhalb der Untergrenze zu begegnen, ist in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den Sanktionen zu regeln, die die Vertragsparteien auf Krankenhausebene im Fall einer Unterschreitung der Untergrenze zu vereinbaren haben. Diese Sanktionen sind bereits für das Budgetjahr 2020 zu vereinbaren. In der Rechtsverordnung kann auch vorgesehen werden, dass die Sanktionen stufenweise eintreten bzw. sich zunächst auf die Vereinbarung von entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser beziehen. Dazu trifft die Rechtsverordnung eine Regelung über eine geeignete Veröffentlichung der Verhältniszahlen der Krankenhäuser.
Da vor dem Hintergrund der unternommen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege, insbesondere der veränderten Pflegepersonalkostgenvergütung, die Verteilung und Entwicklung der Pflegepersonalquotienten derzeit nicht absehbar ist, sieht Satz 5 vor, dass die Untergrenze für die Verhältniszahlen der Krankenhäuser vom BMG nach Ablauf von drei Jahren zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen ist. Ergibt die Prüfung, dass die Entwicklung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser die Anwendung einer Untergrenze nicht mehr erforderlich ist, kann das BMG durch Rechtsverordnung bestimmen, dass die Untergrenze vorübergehend nicht mehr anzuwenden ist.
Zu Absatz 3
Absatz 3 stellt klar, dass das InEK die ihm durch diese Vorschrift übertragenen Aufgaben in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragspartnern übertragen worden wären. Satz 2 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
Zu Satz 1
Die Änderung stellt klar, dass in die Ermittlung der Pflegepersonalquotienten nur Vollzeitkräfte einzubeziehen sind, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind. Pflegepersonal, das in anderen Krankenhausbereichen tätig ist, ist dagegen nicht zu berücksichtigen.
Zu Satz 2 und 3
Durch die Änderung wird geregelt, dass der Pflegepersonalquotient für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln ist. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass in jedem Krankenhausstandort eine angemessene Personalausstattung vorgehalten wird.
Zu Satz 4
Es handelt sich um eine Folgeänderung.
Zu Satz 7 – neu
Es handelt sich um eine Folgeänderung.
Zu Absatz 2
Zu Satz 1
Die Vorgaben für die Vereinbarung von Sanktionen auf Krankenhauseben sollen künftig nicht mehr durch Rechtsverordnung festgelegt werden, sondern durch Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene, ebenso wie dies im Rahmen des § 137i der Fall ist.
Zu Satz 3 – neu
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung. Sofern die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht innerhalb der vorgesehenen Frist zustande kommt, sind die erforderlichen Festlegungen durch die Schiedsstelle zu treffen.
***Zu Satz 4 – neu* – Anmerkung: zu den Sanktionen siehe Absatz 2a**
Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Satz 5 – gestrichen
Die ursprüngliche Regelung wird mit Einfügung des Absatzes 2a Satz 5 hinfällig.
Zu Absatz 2a
Die Vorschrift gibt den Vertragsparteien auf Krankenhausebene die Vereinbarung von Sanktionen für den Fall vor, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die Untergrenze unterschreitet. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Vereinbarungen über eine Verringerung der Fallzahl werden in erster Linie in den Leistungsbereichen zu vereinbaren sein, die planbare Leistungen zum Gegenstand haben. Auf diese Weise können die Vertragspartner vermeiden, dass Verringerungen der Fallzahl unaufschiebbare Behandlungen betreffen. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der festgelegten Untergrenze behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.
Zu Absatz 3
Die Regelung stellt klar, dass der Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG, aus dem die Aufwendungen des InEK zu finanzieren sind, erforderlichenfalls zu erhöhen ist.
Bewertung des zusätzlichen Aufwands: Infolge der Änderungen sind keine besonderen Kostenauswirkungen zu erwarten, da der Quotient aus Routinedaten ermittelt wird. Relevant wird der Standortbezug nur bei den größeren Krankenhäusern mit mehreren Standorten. So die betroffenen Häuser diese Routinedaten nicht schon nach Standort getrennt übermitteln, müssen die wenigen verbliebenen dies zusätzlich erledigen. In welchem Umfang dies auftreten wird, ist nicht abschätzbar. Im Übrigen müssen die Krankenhäuser den Verwaltungsaufwand zur Ausweisung von Daten nach Standorten für 2019 nach § 293 Abs. 6 SGB V mit Wirkung für 2020 ohnehin vollziehen.

§ 138

Neue Heilmittel

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

§ 139

Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. [2] In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. [3] Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) [1] Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, sind im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen. [2] Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen. [3] Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln.

(3) [1] Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers. [2] Über die Aufnahme entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; er kann vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind. [3] Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Prüfung des Antrags eine Klärung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich, ob der Einsatz des Hilfsmittels untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, holt er hierzu unter Vorlage der ihm vorliegenden Unterlagen sowie einer Begründung seiner Einschätzung eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auskunft innerhalb von sechs

Monaten zu erteilen. [5] Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, beginnt unmittelbar das Verfahren zur Bewertung der Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1, wenn der Hersteller den Antrag auf Eintragung des Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nicht innerhalb eines Monats zurücknimmt, nachdem ihm der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Ergebnis der Auskunft mitgeteilt hat.

(4) [1] Das Hilfsmittel ist aufzunehmen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 und, soweit erforderlich, den medizinischen Nutzen nachgewiesen hat und es mit den für eine ordnungsgemäße und sichere Handhabung erforderlichen Informationen in deutscher Sprache versehen ist. [2] Hat der Hersteller Nachweise nach Satz 1 nur für bestimmte Indikationen erbracht, ist die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis auf diese Indikationen zu beschränken. [3] Nimmt der Hersteller an Hilfsmitteln, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, Änderungen vor, hat er diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. [4] Die Mitteilungspflicht gilt auch, wenn ein Hilfsmittel nicht mehr hergestellt wird.

(5) [1] Für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 des Medizinproduktegesetzes gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergewissert sich von der formalen Rechtmäßigkeit der CE-Kennzeichnung anhand der Konformitätserklärung und, soweit zutreffend, der Zertifikate der an der Konformitätsbewertung beteiligten benannten Stelle. [3] Aus begründetem Anlass können zusätzliche Prüfungen vorgenommen und hierfür erforderliche Nachweise verlangt werden. [4] Prüfungen nach Satz 3 können nach erfolgter Aufnahme des Produkts auch auf der Grundlage von Stichproben vorgenommen werden. [5] Ergeben sich bei den Prüfungen nach Satz 2 bis 4 Hinweise darauf, dass Vorschriften des Medizinprodukterechts nicht beachtet sind, sind unbeschadet sonstiger Konsequenzen die danach zuständigen Behörden hierüber zu informieren.

(6) [1] Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, ist ihm eine angemessene Frist, die insgesamt sechs Monate nicht übersteigen darf, zur Nachreichung fehlender Unterlagen einzuräumen. [2] Wenn nach Ablauf der Frist die für die Entscheidung über den Antrag erforderlichen Unterlagen nicht vollständig vorliegen, ist der Antrag abzulehnen. [3] Ansonsten entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. [4] Bis zum Eingang einer im Einzelfall nach Absatz 3 Satz 3 angeforderten Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. [5] Über die Entscheidung ist ein Bescheid zu erteilen. [6] Die Aufnahme ist zu widerrufen, wenn die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 nicht mehr erfüllt sind.

(7) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6, 8 und 9 das Nähere zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis, zu deren Streichung und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie das Nähere zum Verfahren der Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss regelt. [2] Er kann dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüfzertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird. [3] In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses fest. [4] Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [5] Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. [6] Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend. [7] Sofern dies in einer Rechtsverordnung nach Absatz 8 vorgesehen ist, erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben nach Satz 1.

(8) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen, dass für das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis Gebühren von den Herstellern zu erheben sind. [2] Es legt die Höhe der Gebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner fest.

[3] In der Rechtsverordnung kann vorgesehen werden, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind.

(9) [1] Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu unterziehen und sie im erforderlichen Umfang fortzuschreiben. [3] Er legt dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich zum 1. März einen Bericht über die im Berichtszeitraum erfolgten sowie über die begonnenen, aber noch nicht abgeschlossenen Fortschreibungen vor. [4] Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Hilfsmitteln.

(10) [1] Zum Zweck der Fortschreibung nach Absatz 9 Satz 1, 2 und 4 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von dem Hersteller für seine im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte innerhalb einer in der Verfahrensordnung festgelegten angemessenen Frist die zur Prüfung der Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 erforderlichen Unterlagen anfordern. [2] Bringt der Hersteller die angeforderten Unterlagen nicht fristgemäß bei, verliert die Aufnahme des Produktes in das Hilfsmittelverzeichnis ihre Wirksamkeit und das Produkt ist unmittelbar aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. [3] Ergibt die Prüfung, dass die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, ist die Aufnahme zurückzunehmen oder zu widerrufen. [4] Nach Eintritt der Bestandskraft des Rücknahme- oder Widerrufsbescheids ist das Produkt aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. [5] Für die Prüfung, ob ein Hilfsmittel noch hergestellt wird, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Streichung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann.

(11) [1] Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik einholen.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Absatz 2 Satz 1 räumt dem GKV-Spitzenverband in seiner derzeit gültigen Fassung die Möglichkeit ein, indikations- und einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen, soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist. Aufgrund der Tatsache, dass die Qualität von Hilfsmitteln und der weiteren im Rahmen der Hilfsmittelversorgung notwendigen Leistungen in der Vergangenheit vermehrt in die Kritik geraten ist, werden gesetzgeberische Maßnahmen zur Stärkung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung für unverzichtbar gehalten. Aus diesem Grund soll die bisherige Ermessensregelung des Absatzes 2 Satz 1 in eine Ist-Regelung umgestaltet werden. Der GKV-Spitzenverband soll nicht mehr nur nach eigener Beurteilung, sondern möglichst in allen Produktgruppen, besondere Qualitätsanforderungen an die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis formulieren. Dies trägt auch dazu bei, dass die Qualität der Leistungen von den Krankenkassen nach Maßgabe des § 127 wirksamer überwacht werden kann. Mit der auch jetzt schon im Gesetz enthaltenen, einschränkenden Formulierung „Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist" wird die nötige Flexibilität erhalten, nach eingehender Prüfung in fachlich begründeten Ausnahmefällen von einer Festlegung besonderer Qualitätsanforderungen abzusehen.

Zu Satz 3

Die in Absatz 2 Satz 3 bislang als Ermessensregelung ausgestaltete Möglichkeit, im Hilfsmittelverzeichnis auch Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln, wird ebenfalls – wie bei den Anforderungen an das Produkt selbst in Satz 1 – in eine Ist-Regelung umgestaltet. Auch die Anforderungen an die zusätzlichen Leistungen nach Satz 3 müssen in den in Absatz 9 Satz 2 genannten Produktgruppen spätestens bis zum Ablauf der dort bestimmten Frist festgelegt sein.

Zu Absatz 3 Satz 3 bis 5 – Anmerkung: durch 14. Ausschuss angefügt

Zu Absatz 4 Satz 2 bis 4

Ein Hilfsmittel ist nur dann in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen, wenn der Hersteller nachweist, dass die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllt sind. Soweit erforderlich, hat er auch den medizinischen Nutzen nachzuweisen. Die Neuregelung in Satz 2 stellt klar, dass die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfs-

mittelverzeichnis nur für die Indikation erfolgt, für die der Hersteller Nachweise nach Satz 1 erbracht hat.
Der Hilfsmittelmarkt ist ein Markt, der sich aufgrund des technischen Fortschritts und neuer medizinischer Erkenntnisse sehr dynamisch entwickelt. Änderungen ergeben sich insbesondere dadurch, dass die Produkte weiterentwickelt, Produkte vom Markt genommen und neue Qualitätsanforderungen gestellt werden. Zur Sicherstellung der Aussagekraft des Verzeichnisses ist es daher wichtig, dass das Hilfsmittelverzeichnis die aktuellen Marktentwicklungen und Anforderungen möglichst zeitnah abbildet. Dieser Zielrichtung dient die Neuregelung in Satz 3. Änderungen am Hilfsmittel, die auch für die Aufnahmeentscheidung nach Satz 1 relevant wären, hat der Hersteller dem GKV-Spitzenverband unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, mitzuteilen. Gleiches gilt für den Fall, dass der Hersteller ein Hilfsmittel nicht mehr herstellt.
Zu Absatz 6 Satz 6 – Anmerkung: Satz 4 durch 14. Ausschuss eingefügt
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Anfügung der neuen Sätze 2 und 3 in Absatz 4.
Zu Absatz 7
Mit den Regelungen in Absatz 7 werden die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zukünftig einer Verfahrensordnung unterstellt, die der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2017 zu beschließen hat. In der Verfahrensordnung werden die Einzelheiten zum Verfahren der Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis und der Fortschreibung einschließlich des Widerrufs und der Rücknahme der Aufnahmeentscheidung sowie der Streichung von Produkten aus dem Hilfsmittelverzeichnis geregelt. Damit wird ein rechtlicher, strukturierter und für alle Beteiligten nachvollziehbarer Rahmen geschaffen, in dem die Abläufe und Verfahrensschritte transparent dargestellt sind. Dadurch wird losgelöst vom Einzelfall für alle Beteiligten erkennbar, welche Anforderungen der GKV-Spitzenverband in Bezug auf Form und Fristen, Art und Weise der zu erbringenden Nachweise einschließlich der Nachweispflicht des Herstellers nach Absatz 10, das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren einschließlich des Umgangs mit Stellungnahmen und das Procedere im Zusammenhang mit der Heranziehung wissenschaftlicher Expertise und so weiter stellt. Dabei bleibt es dem GKV-Spitzenverband unbenommen, in Abhängigkeit von den Produktgruppen auch fachlich begründete, unterschiedliche Regelungen zu treffen.
Um zu vermeiden, dass – wie derzeit feststellbar – bei einer Vielzahl von Produktgruppen die Festlegungen im Hilfsmittelverzeichnis älter als zehn Jahre und damit überholt sind, wird gesetzlich verpflichtend vorgegeben, dass in der Verfahrensordnung Fristen für die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses festzulegen sind. Damit soll sichergestellt werden, dass die Dynamik und Entwicklungen des Hilfsmittelmarktes zukünftig aktuell im Hilfsmittelverzeichnis abgebildet werden. Dies kommt der Qualität der Versorgung der Versicherten zugute, die sowohl von der Weiterentwicklung der Produkte als auch von neuen, aktuellen Qualitätsanforderungen profitieren. Da die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten, vielfältigen Produkte einer unterschiedlichen Innovationsdynamik unterliegen, hat der GKV-Spitzenverband dies bei der Festlegung der Fristen zu berücksichtigen. Insofern kann es zur Festlegung unterschiedlicher Fortschreibungsfristen kommen.
Satz 4 räumt den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Hersteller auf Bundesebene ein Stellungnahmerecht ein. Der GKV-Spitzenverband hat die Stellungnahmen bei seiner Entscheidung über die Verfahrensordnung einzubeziehen. Damit wird eine Auseinandersetzung mit den Inhalten der Stellungnahmen gewährleistet.
Aufgrund des gesetzlich geregelten Genehmigungsvorbehalts in Satz 5 kommt dem Bundesministerium für Gesundheit die Aufgabe zu, zu überprüfen, ob die Interessen der Krankenkassen, der Leistungserbringer und Hersteller sowie der Versicherten, die eine Hilfsmittelversorgung benötigen, ausgewogen berücksichtigt wurden.
Zu Absatz 8
Absatz 8 bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen kann, dass für die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis durch den Hersteller künftig eine Gebühr an den GKV-Spitzenverband zu entrichten ist. Die Entrichtung einer solchen Gebühr ist darauf ausgerichtet, die Aufwendungen zu finanzieren, die dem GKV-Spitzenverband durch die Aufnahme entstehen. Der Regelungsgehalt der Rechtsverordnung zielt auf die Festlegung der Gebührenhöhe ab. Von besonderer Relevanz ist in diesem Rahmen, dass nicht nur der Verwaltungsaufwand berücksichtigt wird, der dem GKV-Spitzenverband durch das Verfahren der Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis entsteht. Vielmehr soll die Gebühr auch in einem ausgewogenen Verhältnis zur Bedeutung der Angelegenheit für den jeweiligen Gebührenschuldner, also den Hersteller stehen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auch die wirtschaftliche Leistung des Herstellers.
Zu Absatz 9
Absatz 9 zielt auf eine regelmäßige Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses ab. Zwar ist der GKV-Spitzenverband auch schon nach geltendem Recht (Satz 1) verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis regelmäßig fortzuschreiben. In der Vergangenheit ist dies allerdings bei weitem nicht in dem Maße erfolgt, wie dies aufgrund des technischen Fortschritts und neuer medizinischer Erkenntnisse notwendig gewesen wäre. Insofern besteht allgemeiner Konsens, dass das Hilfsmittelverzeichnis – wenn es seine Funktion als Auslegungs- und Orientierungshilfe für die Praxis weiter wahrnehmen soll – einer grundlegenden Überarbeitung bedarf. Dem

schließt sich auch der GKV-Spitzenverband an. Aus diesem Grund hat er kürzlich eine Aktualisierung der Produktgruppe der Inkontinenzhilfen vorgenommen und beabsichtigt, auch weitere Produktgruppen Schritt für Schritt zu aktualisieren. Um sicherzustellen, dass die dringend gebotene vollständige Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses auch tatsächlich in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt wird, wird hierfür in Satz 2 eine Frist bis zum 31. Dezember 2018 festgelegt. Dadurch soll Versicherten, die auf eine Hilfsmittelversorgung angewiesen sind, eine Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht, für Hersteller von Hilfsmitteln zusätzliche Innovationsanreize geschaffen und die Transparenz des Hilfsmittelangebots für verordnende Ärztinnen und Ärzte und Versicherte verbessert werden. Einbezogen in den Aktualisierungsauftrag des Satzes 2 werden alle Festlegungen im Hilfsmittelverzeichnis (bezogen auf das Hilfsmittel selbst sowie auf die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen), die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr fortgeschrieben wurden. Damit werden der Inkontinenzbereich und diejenigen Bereiche, für die es aktuelle Festlegungen gibt, nicht von der Neuregelung erfasst und müssen nicht turnusmäßig bis zu dem angegebenen Termin fortgeschrieben werden. Dies bedeutet aber nicht, dass hier eine erneute Fortschreibung nicht zulässig wäre. Die ohnehin geltende allgemeine Fortschreibungspflicht nach Satz 1 gilt immer dann, wenn es aus gegebenem Anlass Fortschreibungsbedarf gibt.
Um den Aktualisierungsprozess für den Gesetzgeber transparent zu machen, wird der GKV-Spitzenverband in Satz 3 verpflichtet, dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. März einen Bericht zum Stand der Umsetzung vorzulegen.
Zu Absatz 10
Der Absatz 10 Satz 2 bis 5 regelt die Fallgestaltungen, bei denen ein Produkt aus dem Hilfsmittelverzeichnis gestrichen wird: Zum einen ist es zu streichen, wenn der Hersteller innerhalb einer in der Verfahrensordnung festzulegenden, angemessenen Frist die nach Absatz 4 erforderlichen Nachweise nicht erbringt. In diesem Fall hat der Hersteller keinen Anspruch auf den Erlass eines Bescheids. Zum anderen ist ein Produkt aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen, wenn sich im Rahmen einer Prüfung der durch den Hersteller vorgelegten Nachweise ergibt, dass die Vorgaben des Absatzes 4 nicht oder nicht mehr erfüllt werden. In diesem Fall ist die Aufnahme durch Bescheid zurückzunehmen oder zu widerrufen. Nach Eintritt der Bestandskraft des Bescheides ist die Streichung des betreffenden Produkts aus dem Hilfsmittelverzeichnis durch den GKV-Spitzenverband vorzunehmen. Bei Produkten, die nicht mehr hergestellt werden, kann für die Streichung auch ein späterer Zeitpunkt festgelegt werden, um etwa deren Wiedereinsatz für einen Übergangszeitraum noch zu ermöglichen.
Zu Absatz 11
Absatz 11 Satz 2 zielt darauf ab, die Informationsbasis des GKV-Spitzenverbandes durch die Einbeziehung von Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften und Sachverständiger aus Praxis und Wissenschaft zu erweitern.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3 Satz 3 bis 5
Um die Verfahren zur Anerkennung innovativer Hilfsmittel zu beschleunigen, wird mit der Ergänzung in § 139 Absatz 3 geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von 6 Monaten Auskunft darüber erteilt, ob das Hilfsmittel Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine solche Klärung für erforderlich hält. Dadurch wird im Rahmen des Verfahrens zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis die Möglichkeit eröffnet, diese Frage in den wenigen zu erwartenden Zweifelsfällen unabhängig von der Antragstellung auf ein Methodenbewertungsverfahren frühzeitig an den Gemeinsamen Bundesausschuss heranzutragen. Hintergrund für die gesetzliche Änderung ist die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 8. Juli 2015 (Az.: B 3 KR 6/14 R). Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss frühzeitig in das Hilfsmittelverfahren einbezogen wird, wenn ein Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sein kann.
Da nur über die Frage Auskunft zu erteilen ist, ob das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Unterlagen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vorzulegen sind, ist der Recherche- und Prüfaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss begrenzt, so dass eine Auskunftsfrist von sechs Monaten sachgerecht ist. Wenn sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist und für eine Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis daher eine Anerkennung der neuen Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist, leitet der Gemeinsame Bundesausschuss unmittelbar das Methodenbewertungsverfahren ein, ohne dass es einer Antragstellung nach § 135 bedarf. Damit soll sichergestellt werden, dass sich das Methodenbewertungsverfahren ohne Verfahrensverzögerungen durch weitere Verfahrensschritte anschließt.
Einer automatischen Einleitung des Methodenbewertungsverfahrens bedarf es jedoch dann nicht, wenn der Hersteller seinen Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb eines Monats, nachdem ihm das Ergebnis der Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses mitgeteilt wurde, zurücknimmt. Das Methodenbewertungsverfahren beginnt unmittelbar nach Ablauf dieser Frist. Eine spätere Rücknahme des Antrags auf Aufnahme des Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis löst dagegen keinen automatischen Ab-

bruch des Methodenbewertungsverfahrens aus. Unabhängig hiervon steht es dem Hersteller im Übrigen frei, beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137e Absatz 7 einen Antrag auf Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu stellen, deren Nutzen zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet.
Das Nähere zum Verfahren einer Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss und zum Ablauf des Hilfsmittelverfahrens in einem solchen Fall regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Verfahrensordnung nach Absatz 7. Darin kann insbesondere geregelt werden, inwieweit der Hersteller Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse als hoch vertrauliche Unterlagen kennzeichnen kann, unter welchen Voraussetzungen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Auskunft beim Gemeinsamen Bundesausschuss einholt, wie der Hersteller über die Einleitung des Auskunftsverfahren informiert wird, wie die Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses dem Hersteller mitgeteilt wird und wie der Gemeinsame Bundesausschuss über die fristgerechte Rücknahme des Antrags auf Eintragung in das Hilfsmittelverzeichnis informiert wird. Führt die Prüfung des Auskunftsverlangens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass dem Einsatz des Hilfsmittels keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Grunde liegt, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verfahren über die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis fortsetzen.
Zu Absatz 6
Zu Satz 4
Die Entscheidungsfrist von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen kann nicht eingehalten werden, falls die Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 für die Entscheidung erforderlich ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss steht nach Absatz 3 Satz 4 ein Zeitraum von sechs Monaten zur Erteilung der Auskunft zur Verfügung. Daher wird der Lauf der 3-Monats-Frist bis zum Vorliegen der Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses unterbrochen.
Zu Satz 6
Entspricht dem bisherigen Gesetzestext.
Zu Absatz 7
Es handelt sich um eine Folgeänderung, mit der klargestellt wird, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Verfahrensordnung nach Absatz 7 auch das Nähere zum Verfahren einer Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 zu regeln hat.

§ 139a

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. [2] Hierzu kann eine Stiftung des privaten Rechts errichtet werden.

(2) [1] Die Bestellung der Institutsleitung hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgen. [2] Wird eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, erfolgt das Einvernehmen innerhalb des Stiftungsvorstands, in den das Bundesministerium für Gesundheit einen Vertreter entsendet.

(3) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
3. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
5. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung**,**

7. Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.

(4) [1] Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen international anerkannten Standards, insbesondere der Gesundheitsökonomie erfolgt. [2] Es hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten.

(5) [1] Das Institut hat in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens Sachverständigen der medizinischen, pharmazeutischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [2] Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(6) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

§ 139b

Aufgabendurchführung

(1) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt das Institut mit Arbeiten nach § 139a Abs. 3. [2] Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten können die Beauftragung des Institutes beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.

(2) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Bearbeitung von Aufgaben nach § 139a Abs. 3 unmittelbar beim Institut beantragen. [2] Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

(3) [1] Zur Erledigung der Aufgaben nach § 139a Abs. 3 Nr. 1 bis 5 hat das Institut wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben. [2] Diese haben alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

(4) [1] Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach den Absätzen 1 und 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 als Empfehlungen zu. [2] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.

(5) [1] Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen können beim Institut Bewertungen nach § 139a Absatz 3 Nummer 1 und 2 zu medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. [2] Das Institut soll die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsamen Vorschläge auswählen und bearbeiten.

§ 139c

Finanzierung

[1] Die Finanzierung des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den

§§ 85 und 87a um einen entsprechenden Vomhundertsatz. [2] Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. [3] Der Zuschlag für jeden Krankenhausfall, die Anteile der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

§ 139d

Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung

[1] Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Leistung oder Maßnahme zur Krankenbehandlung, die kein Arzneimittel ist und die nicht der Bewertung nach § 135 oder § 137c unterliegt, zu der Feststellung, dass sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens im Einzelfall und nach Maßgabe der hierzu in seinen Haushalt eingestellten Mittel eine wissenschaftliche Untersuchung zur Erprobung der Leistung oder Maßnahme in Auftrag geben oder sich an einer solchen beteiligen. [2] Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

Zehnter Abschnitt

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

§ 140

Eigeneinrichtungen

(1) [1] Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben. [2] Die Eigeneinrichtungen können nach Art, Umfang und finanzieller Ausstattung an den Versorgungsbedarf unter Beachtung der Landeskrankenhausplanung und der Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich angepasst werden; sie können Gründer von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 sein.

(2) [1] Sie dürfen neue Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können. [2] Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen Eigeneinrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72a Abs. 1 erfüllt werden soll.

Elfter Abschnitt

Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern

§ 140a

Besondere Versorgung

(1) [1] Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. [2] Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. [3] Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. [4] Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. [5] Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) [1] Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. [2] Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ **20i**, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. [3] Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. [4] Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. [5] Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. [6] Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. [7] Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(3) [1] Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechtigte Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

[2] Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser

Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

(4) [1] Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich **oder elektronisch** gegenüber ihrer Krankenkasse. [2] Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe **schriftlich, elektronisch** oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. [3] Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. [4] Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht **schriftlich oder elektronisch** mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. [5] Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. [6] Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. [7] Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) [1] Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. [2] Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. [3] Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 2 Satz 2
Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 140a (Besondere Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1366) eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.
Zu Absatz 4 Satz 1, 2 und 4
Mit den Änderungen werden für die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der besonderen Versorgung, für deren Widerruf und für die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht als Formerfordernis alternativ die schriftliche oder die elektronische Form vorgesehen. Bislang wurde für die Teilnahmeerklärung Schriftlichkeit und für den Widerruf (neben der Möglichkeit, diesen zur Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären) sowie für die Belehrung über den Widerruf die Abgabe in Textform verlangt. Der Schutz der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG zum Anfügen von Absatz 2 Satz 7 wie folgt:

Parallelregelung zum neuen § 83 Satz 4. Auch in Verträgen über eine besondere Versorgung sind Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen unzulässig.

§§ 140b bis 140d – weggefallen

Zwölfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern europäischer Staaten

§ 140e

Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 Satz 2 in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz abschließen.

Dreizehnter Abschnitt

Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

§ 140f

Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

(2) [1] Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. [2] Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. [3] Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. [4] Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. [5] Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. [6] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. [7] Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. [8] Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. [9] Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.

(3) [1] Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in

1. den Landesausschüssen nach § 90 sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3,
2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,
3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
   a) die ausnahmeweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
   b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
   c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
   a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
   b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,

ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. [2] Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. [3] Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. [4] Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

(4) [1] Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 126 Abs. 1 Satz 3, **§ 127 Absatz 8 und 9**, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 133

Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. [2] Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. [3] Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(5) [1] Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. [2] Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.

(6) [1] Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. [2] Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. [3] Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 [richtig: Satz 5] genannten Antragsrechts. [4] Der Anspruch auf Unterstützung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gilt ebenso für die Wahrnehmung der Antrags-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte nach § 137a Absatz 4 und 7, § 139a Absatz 5 sowie § 139b Absatz 1. [5] Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.

(7) [1] Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 unterstützt. [2] Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall entsprechend Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, auf Fortbildungen und Schulungen der sachkundigen Personen sowie auf die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4.

(8) [1] Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von 120 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. [2] Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. [3] Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen in *Absatz 4 Satz 1* wie folgt:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuordnung der §§ 124 ff, da die Regelungen zu den Zulassungsempfehlungen und Rahmenempfehlungen, auf die in § 140f Absatz 1 Satz 1 verwiesen wird, gestrichen worden sind.
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch bedingten geänderten Absatzbezeichnungen in § 127.

Begründung zum HHVG:

Zur Änderung in Absatz 4 Satz 1 und zum Anfügen von Absatz 8 – Anmerkung: durch 14. Ausschuss in Absatz 6 Satz 4 und 5 angefügt und in Absatz 8 statt „jährlich 50 Euro“ jetzt „120 Euro“
Im G-BA sowie in weiteren Gremien der GKV, auf der Landesebene in Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen sowie im gemeinsamen Landesgremium sind Patientinnen und Patienten durch ihre maßgeblichen Interessenvertretungen vertreten. Um ihr Mitberatungsrecht wahrzunehmen, benennen die vier nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten (Dach-)Organisationen (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthil-

fegruppen e. V. und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung der Gremien einbringen. Dies erfordert eine aufwändige organisationsinterne Suche nach fachlich geeigneten Personen für eine Vielzahl an Beratungsthemen. Sämtliche der zur Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Aufgaben nach § 140f erforderlichen Entscheidungen werden im Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung getroffen, dessen Mitglieder Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Patientenorganisationen sind.

Nach seiner Geschäftsordnung stimmt der Koordinierungsausschuss grundsätzliche Positionen der Patientenvertretung ab und koordiniert die Arbeit der Patientenvertretung. Zu seinen nicht übertragbaren Aufgaben zählen insbesondere die Akkreditierung und Benennung der sachkundigen Personen auf Bundes- und Landesebene, wie beispielsweise die Benennung ständiger sowie themenbezogener Patientenvertreterinnen und -vertreter für die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen der Unterausschüsse des G-BA. Der für die einvernehmliche Benennung der Vertretungspersonen notwendige Koordinierungsaufwand umfasst insbesondere die innerhalb der jeweiligen (Dach)Organisationen erforderliche Suche nach fachlich geeigneten Personen und die Klärung möglicher Interessenkonflikte. Der Koordinierungsaufwand zur Benennung entsteht dabei nicht nur einmalig. Die sachkundigen Personen im G-BA werden laut der Geschäftsordnung des Koordinierungsausschusses, nur für maximal die Hälfte der Zeit einer Amtsperiode des G-BA benannt. Über die Bestätigung einer Benennung entscheidet der Koordinierungsausschuss zu Beginn bzw. in der Mitte einer neuen Amtsperiode. Zudem kann der Koodinierungsausschuss Benennungen auch nur für kurze Zeiträume aussprechen, wie zum Beispiel für den Beratungszeitraum eines bestimmten Themas. Neuer Koordinierungsaufwand ist zudem erforderlich, wenn die Akkreditierung oder die Benennung als sachkundige Person erlischt. Im Fall der Benennung ist dies der Fall, wenn

1. *eine Patientenvertreterin oder ein Patientenvertreter verzichtet oder eine andere Vertretung an ihrer bzw. seiner Stelle benannt wird; oder*
2. *wenn die mit einer Benennung verbundene Frist abgelaufen ist; oder*
3. *die entsendende Organisation dies beantragt oder*
4. *der Koordinierungsausschuss nach der Durchführung eines formalen Verfahrens die Aufhebung einer Benennung beschließt.*

Darüber hinaus ergibt sich dieser Koordinierungsaufwand auch hinsichtlich der Patientenbeteiligung bei anderen Institutionen, wie beispielsweise dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß § 139a Absatz 5, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 7 Nummer 9 oder der Gendiagnostikkommission.

Der dargestellte Koordinierungsaufwand kann durch die bestehenden Ansprüche der Patientenvertretung gemäß § 140f Absatz 5 bis 7 nicht ausgeglichen werden. Die Ergänzung in § 140f Absatz 8 regelt deshalb die finanzielle Förderung der Koordinierungstätigkeiten der anerkannten Patientenorganisationen in Höhe von 50 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Auf Grund dieser Formulierung wird eine Anreizwirkung zur vermehrten Benennung von sachkundigen Personen vermieden, da für die Beratungen in den Gremien sachkundige Personen sowohl langfristig und dauerhaft als auch kurzfristig sitzungs- oder themenbezogen benannt werden. Auch überwiegt das Interesse der anerkannten Patientenorganisationen an einer kontinuierlichen und sachbezogenen Mitarbeit in den Gremien der GKV den pekuniären Vorteil an einer Aufwandsentschädigung. Darüber hinaus ist eine Deprofessionalisierung der Patientenvertretung nicht zu erwarten, da bereits in der Patientenbeteiligungsverordnung ausdrücklich geregelt ist, dass mehr als die Hälfte der sachkundigen Personen selbst Betroffene sein müssen. Folglich war eine professionalisierte Patientenvertretung von vorne herein nicht beabsichtigt.

Die Regelung macht zudem deutlich, gegen wen sich der Anspruch richtet und durch wen er geltend zu machen ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 6

Bisher fehlen entsprechende Regelungen für die Patientenbeteiligung insbesondere beim Institut für Qualität und Transparenz (IQTIG) und beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Diese Lücke wird mit dem Satz, der die Erweiterung des Unterstützungsanspruchs durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 140f Absatz 6 für die Wahrnehmung der Beteiligungsrechte bei den genannten Institutionen beinhaltet, geschlossen. Die weitere Regelung in § 140f Absatz 6 Satz 5 greift bestehende Unterschiede zwischen Landes- und Bundesebene auf. Die bisher vorgesehenen Ansprüche auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall gelten bisher gemäß § 140f Absatz 7 nur auf Landesebene auch für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen. Für die Patientenbeteiligung auf Bundesebene wird ein solcher Anspruch nun ebenfalls für solche Treffen vorgesehen und wegen der höheren Sitzungsfrequenz nicht auf eine bestimmte Anzahl von Treffen begrenzt. Dabei wird davon ausgegangen, dass Koordinierungs- und Abstimmungstreffen nur in dem erforderlichen Umfang stattfinden. Nach dem gegenwärtigen Stand finden für die Patientenbeteiligung im G-BA jährlich zwölf Koordinierungsausschusstreffen und 35 Abstimmungstreffen für die Beratungen in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen statt. Zudem wird auch für die Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen, die mit Unterstützung des G-BA für die Patientenvertreter organisiert werden, ein entsprechender Anspruch vorgesehen.

Zu Absatz 8
Die Streichung des Wortes „jährlich“ korrigiert ein redaktionelles Versehen im Gesetzesentwurf. Die Erhöhung der Summe von 50 Euro auf 120 Euro ist notwendig, weil die mit der Koordinierung entstehenden Aufwendungen vom Umfang her mit dem bisher vorgesehenen Betrag nicht abgegolten sind.

§ 140g

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu den Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie zum Verfahren der Patientenbeteiligung zu regeln.

§ 140h

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

(1) [1] Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten. [2] Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. [3] Das Amt endet, außer im Falle der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) [1] 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. [2] 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] Die beauftragte Person soll die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenstellen und zur Information der Bevölkerung bereithalten.

(3) [1] 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. [2] Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die beauftragte Person bei der Erfüllung der Aufgabe.

FÜNFTES KAPITEL

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 141 – weggefallen

§ 142

Sachverständigenrat

(1) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. [2] Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(2) [1] Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. [2] Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) [1] Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit in der Regel zum 15. April eines Jahres zu. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in der Überschrift wie folgt:

In der Überschrift zu § 142 wird der obsolete Verweis auf die Unterstützung der Konzertierten Aktion gestrichen.

SECHSTES KAPITEL

Organisation der Krankenkassen

Erster Abschnitt

Arten der Krankenkassen

Erster Titel

Ortskrankenkassen

§ 143

Bezirk der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) [1] Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. [2] Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, dass sich die Region über mehrere Länder erstreckt.

§ 144

Freiwillige Vereinigung

(1) [1] Ortskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann vereinigen, wenn sich der Bezirk der neuen Krankenkasse nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe, ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei.

(3) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) [1] Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. [2] Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

§ 145

Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) [1] Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann oder
2. der Bedarfssatz einer Ortskrankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen auf Bundes- oder Landesebene um mehr als 5 vom Hundert übersteigt. [2] § 313 Abs. 10 Buchstabe a [Anmerkung: aufgehoben durch GKV-WSG] gilt entsprechend.

(2) [1] Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne

oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zu Stande gekommen ist.

[2] Erstreckt sich der Bezirk nach der Vereinigung der Ortskrankenkassen über das Gebiet eines Landes hinaus, gilt § 143 Abs. 3 entsprechend.

(3) [1] Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. [2] Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, um den nach § 266 erhaltenen Risikostrukturausgleich und um den nach § 269 erhaltenen Ausgleich aus dem Risikopool. [3] Zu den Ausgaben zählen auch die nach den §§ 266 und 269 zu tragende Ausgleiche.

§ 146

Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Werden Ortskrankenkassen nach § 145 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) [1] Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. [2] Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

(4) [1] Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird. [2] Absatz 3 gilt.

§ 146a

Schließung

[1] Eine Ortskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. [2] Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen. [3] § 155, mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9, und § 164 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend.

Zweiter Titel

Betriebskrankenkassen

§ 147

Errichtung

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

(2) [1] Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen

bestellen. [2] Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen. [3] Wird eine Betriebskrankenkasse nach dem 31. Dezember 1995 errichtet, ist in der dem Antrag auf Genehmigung nach § 148 Abs. 3 beigefügten Satzung zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. [4] Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Krankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. [5] Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. [6] Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. [7] Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.

(2a) [1] Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 vom Hundert ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c erhalten, an den Arbeitgeber weiter. [2] Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. [3] Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. [4] Der weiterzuleitende Betrag nach den Sätzen 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.

(3) [1] Betriebskrankenkassen, deren Satzung am 1. Januar 2004 eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält und bei denen der Arbeitgeber die Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals trägt, übernehmen spätestens bis zum 31. Dezember 2004 die mit der Führung der Geschäfte beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. [2] Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend. [3] Neueinstellungen nimmt ab dem 1. Januar 2004 die Betriebskrankenkasse vor.

(4) [1] Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. [2] Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.

§ 148

Verfahren bei Errichtung

(1) [1] Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. [2] Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 147 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 1000 Mitglieder haben wird.

(2) [1] Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten. [2] Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde leitet die Abstimmung. [3] Die Abstimmung ist geheim.

(3) [1] Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. [2] Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.

§ 149

Ausdehnung auf weitere Betriebe

[1] Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. [2] § 148 gilt entsprechend.

§ 150

Freiwillige Vereinigung

(1) [1] Betriebskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) [1] § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. [2] Für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten, gelten die §§ 145 und 146 entsprechend; für die Vereinigung einer oder mehrerer bundesunmittelbarer Betriebskrankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen gilt § 168a Abs. 2 entsprechend.

§ 151

Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) [1] Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. [2] Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.

(3) [1] Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. [2] Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 152

Auflösung

[1] Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. [2] Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. [3] Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. [4] Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält. [5] Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, die nach dem 31. Dezember 1995 vereinigt wurden, ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.

§ 153

Schließung

[1] Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist und die Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

[2] Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.

§ 154 – weggefallen

§ 155

Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

(1) [1] Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wickelt die Geschäfte ab. [2] Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Betriebskrankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. [3] Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. [4] § 35a Abs. 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) [1] Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. [2] Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. [3] Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. [4] Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts. [5] Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. [6] Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. [7] Der Abwicklungsvorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

(3) [1] Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Landesverband über. [2] Das Vermögen geht auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Betriebskrankenkassen verteilt, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehörte.

(4) [1] Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. [2] Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. [3] Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. [4] Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. [5] Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen anfordert. [6] Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. [7] Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung. [8] Übersteigen die Verpflichtungen einer Betriebskrankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. [9] § 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.

(5) [1] Für die Erfüllung

1. einer am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung,

2. der sonstigen Schließungskosten, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von 10 Jahren

nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die an diesem Tag bestehende Verschuldung nach Nummer 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war,

3. der Ansprüche der Leistungserbringer und der Ansprüche aus der Versicherung,

4. der in § 171d Abs. 1 Satz 3 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie

5. der Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts

einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haftet auch die neue Krankenkasse, wenn sich eine Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. [2] Die Haftung nach Satz 1 wird nicht dadurch berührt, dass sich die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt für jede Betriebskrankenkasse die Höhe der am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung fest und nimmt ihre Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse vor. [4] Absatz 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

§ 156

Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

[1] Die §§ 147 bis 155 Abs. 4 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. [2] An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.

Dritter Titel

Innungskrankenkassen

§ 157

Errichtung

(1) Eine oder mehrere Handwerksinnungen können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, eine Innungskrankenkasse errichten.

(2) Eine Innungskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn

1. in den Handwerksbetrieben der Mitglieder der Handwerksinnung regelmäßig mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden,

2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben.

§ 158

Verfahren bei Errichtung

(1) [1] Die Errichtung der Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. [2] Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 157 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 1000 Mitglieder haben wird.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung und der Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten.

(3) [1] Für das Verfahren gilt § 148 Abs. 2 Satz 2 und 3 und Abs. 3 entsprechend. [2] An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Handwerksinnung.

§ 159

Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

(1) [1] Wird eine Handwerksinnung, die allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen eine Innungskrankenkasse errichtet hat (Trägerinnung), mit einer anderen Handwerksinnung vereinigt, für die keine Innungskrankenkasse besteht, so gehören die in den Betrieben der anderen Handwerksinnung versicherungspflichtigen Beschäftigten der Innungskrankenkasse an, wenn die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten zustimmt; § 157 Abs. 2 Nr. 2 gilt entsprechend. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Trägerinnung ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich erweitert. [3] § 158 gilt entsprechend.

(2) [1] Wird auf Grund von Änderungen des Handwerksrechts der Kreis der Innungsmitglieder einer Trägerinnung verändert, hat die zuständige Aufsichtsbehörde den Mitgliederkreis der Innungskrankenkasse entsprechend anzupassen. [2] Sind von der Anpassung mehr als 1000 Beschäftigte von Innungsmitgliedern der Trägerinnung betroffen, gelten die §§ 157, 158 entsprechend.

(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, treffen die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörden, die vor der Anpassung zuständig waren.

§ 160

Vereinigung von Innungskrankenkassen

(1) [1] Innungskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte miteinander vereinigen. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. [3] Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) [1] Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Trägerinnungen vereinigen. [2] Für das Verfahren gilt § 146 entsprechend.

(3) Für die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch die Landesregierung gelten die §§ 145 und 146 entsprechend.

§ 161

Ausscheiden einer Handwerksinnung

[1] Eine Handwerksinnung kann das Ausscheiden aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. [2] Über den Antrag auf Ausscheiden entscheidet die Aufsichtsbehörde. [3] Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird. [4] Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Innungskrankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.

§ 162

Auflösung

[1] Eine Innungskrankenkasse kann auf Antrag der Innungsversammlung nach Anhörung des Gesellenausschusses, eine gemeinsame Innungskrankenkasse auf Antrag aller Innungsversammlungen nach Anhörung der Gesellenausschüsse aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. [2] Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. [3] Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. [4] Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.

§ 163

Schließung

[1] Eine Innungskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. die Handwerksinnung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Handwerksinnungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

[2] Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen. [3] Satz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.

§ 164

Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung bei [richtig: für] Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte

(1) [1] Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gelten die §§ 154 und 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend. [2] Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat die Handwerksinnung die Verpflichtungen zu erfüllen. [3] Sind mehrere Handwerksinnungen beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. [4] Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. [5] Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. [6] Für die Haftung nach den Sätzen 4 und 5 gilt § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 und Abs. 5 entsprechend. [7] Für die Haftung im Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 gilt § 155 Abs. 4 Satz 8 entsprechend.

(2) Die Versorgungsansprüche der am Tag der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(3) [1] Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband der Innungskrankenkassen nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Innungskrankenkasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. [2] Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. [3] Den übrigen Beschäftigten ist bei dem Landesverband der Innungskrankenkassen oder einer anderen Innungskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. [4] Jede Innungskrankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten aller Innungskrankenkassen dienstordnungsmäßige Stellungen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich zu machen.

(4) [1] Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 3 untergebracht werden, enden mit dem Tag der Auflösung oder Schließung. [2] Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

(5) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 gilt Absatz 1 und § 155 Abs. 5 entsprechend.

Vierter Titel – weggefallen

§ 165 – weggefallen

Fünfter Titel

Landwirtschaftliche Krankenkasse

§ 166

Landwirtschaftliche Krankenkasse

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte führt die Krankenversicherung nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte durch; sie führt in Angelegenheiten der Krankenversicherung die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse.

Sechster Titel

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 167

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.

Siebter Titel

Ersatzkassen

§ 168

Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen können.

(2) Beschränkungen des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises sind nicht zulässig.

(3) [1] Der Bezirk einer Ersatzkasse kann durch Satzungsregelung auf das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder das Bundesgebiet erweitert werden. [2] Die Satzungsregelung bedarf der Genehmigung der vor der Erweiterung zuständigen Aufsichtsbehörde.

§ 168a

Vereinigung von Ersatzkassen

(1) [1] Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. [3] Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer Ersatzkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Ersatzkassen nach Anhörung der betroffenen Ersatzkassen vereinigen. [2] Für die Vereinigung von Ersatzkassen durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit gelten die §§ 145 und 146 entsprechend.

§ 169 – weggefallen

§ 170

Schließung

[1] Eine Ersatzkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. [2] Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.

§ 171

Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

[1] Bei Schließung gelten die §§ 154,155 Abs. 1 bis 3 und § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann. [2] Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 bis 7 und Abs. 5 entsprechend.

Achter Titel

Kassenartenübergreifende Regelungen

§ 171a

Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen

(1) [1] Die im Ersten bis Dritten und Siebten Titel dieses Abschnitts genannten Krankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte mit den in diesen Titeln genannten Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. [2] Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. [3] § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen ist, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll. [4] Soll danach die neue Krankenkasse Mitglied des Verbandes werden, dem die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der kleinsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung angehört hat, kann dieser die Mitgliedschaft der neuen Krankenkasse gegenüber den Aufsichtsbehörden nach Satz 2 ablehnen, wenn auf Grund einer von der Aufsichtsbehörde dieses Verbands durchgeführten Prüfung einvernehmlich festgestellt wird, dass hierdurch seine finanziellen Grundlagen gefährdet würden.

(2) [1] Die neue Krankenkasse hat für die Dauer von fünf Jahren nach dem Wirksamwerden der Vereinigung Zahlungsverpflichtungen auf Grund der Haftung nach Schließung einer Krankenkasse oder der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gegenüber den Verbänden zu erfüllen, denen gegenüber die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ohne die Vereinigung zahlungspflichtig geworden wären. [2] § 155 Abs. 5 gilt. [3] Die für die Ermittlung der Zahlungsverpflichtung maßgeblichen Größen sind auf die neue Krankenkasse unter Zugrundelegung des Verhältnisses anzuwenden, in dem diese Größen bei den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zueinander gestanden haben. [4] Die neue Krankenkasse hat den betroffenen Verbänden die für die Ermittlung der Höhe des Zahlungsanspruchs erforderlichen Angaben mitzuteilen. [5] Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.

§ 171b

Insolvenz von Krankenkassen

(1) [1] Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung auf Krankenkassen keine Anwendung. [2] Von diesem Zeitpunkt an gilt die Insolvenzordnung für die Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.

(2) [1] Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen (drohende Zahlungsunfähigkeit) oder tritt Überschuldung ein, hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Beifügung aussagefähiger Unterlagen unverzüglich anzuzeigen. [2] Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.

(3) [1] Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. [2] Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde anstelle des Antrages nach Satz 1 die Krankenkasse schließen. [3] Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrages solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht. [4] § 155 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.

(4) [1] Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände. [3] Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbehörde zu hören. [4] Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. [5] Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und dem Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.

(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

(6) [1] Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. [2] Abweichend von § 260 Abs. 2 **Satz 3** bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.

(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2015 zu erfüllen.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Absatz 6 Satz 2
Redaktionelle Folgeänderung. Durch Einfügung eines neuen § 260 Absatz 2 Satz 2 ändert sich die Satzzählung.

§ 171c

Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung

Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

§ 171d

Haftung im Insolvenzfall

(1) [1] Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Kran-

kenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Altersversorgungs- und Altersteilzeitverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. [2] Soweit der Träger der Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart sowie bis zum 31. Dezember 2049 anteilig auch bei den Krankenkassen geltend, die aus einer Vereinigung nach § 171a hervorgegangen sind, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse beteiligt war, die dieser Kassenart angehört hat. [4] Sind die in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht in der Lage, die Verpflichtungen nach Satz 1 zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend. [5] § 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(1a) Die Haftung für Altersteilzeitverpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015.

(2) [1] Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie nach § 155 Abs. 4 Satz 5 und 6 und Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. [2] Dabei ist vorzusehen, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten, an der Finanzierung mit einer Quote in Höhe von 20 Prozent des an sich zu zahlenden Betrages beteiligt werden. [3] In der Rechtsverordnung kann auch geregelt werden, welche Angaben die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Durchführung des Absatzes 1 Satz 3 und 4 mitzuteilen haben, einschließlich der Zeitpunkte für die Übermittlung dieser Angaben.

(3) [1] Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind. [2] Die §§ 7 bis 15 des Betriebsrentengesetzes gelten nicht für Krankenkassen, die auf Grund Landesgesetz Pflichtmitglied beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind. [3] Hiervon ausgenommen ist die AOK Baden-Württemberg. [4] Falls die Mitgliedschaft endet, gilt Satz 1 entsprechend.

(4) [1] Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gehen die Ansprüche der Berechtigten auf ihn über; § 9 Absatz 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes gilt entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 und 4 geltend.

(5) [1] Für die in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 genannten Ansprüche und Forderungen haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen der Kassenart. [2] Übersteigen die Verpflichtungen nach Satz 1 1 Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen, den die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten. [3] § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. [4] Soweit Krankenkassen nach Satz 1 oder Satz 2 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. [5] Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) [1] Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. [2] Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. [3] Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. [4] Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen

Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. [5] Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. [6] § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 171e

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

(1) [1] Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. [2] Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. [3] Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und -ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt. [4] Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. [5] Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) [1] Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. [2] Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufsichtspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. [3] Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.

(2a) [1] Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. [2] Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal **20 Prozent** des Deckungskapitals beträgt. [3] Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. [4] **Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.**

(3) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,
2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwertes der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,
4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,
5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung.

[2] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. [3] In diesem Fall gilt für die dem Bundesversicherungsamt entstehenden Ausgaben § 271 Abs. 6 entsprechend.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

***Zu Absatz 2a Satz 2* – Anmerkung: zum Anfügen von Satz 4 siehe Begründung des 14. Ausschusses**
Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist den Krankenkassen in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 Satz 2 bis 4 des Versorgungsrücklagegesetzes in der bis zum 10. Januar 2017 geltenden Fassung die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von bis zu 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Seither ist es möglich, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Verlustrisiken werden begrenzt durch die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements.
Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 (BGBl. I S. 17) hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes einen Aktienanteil von jeweils bis zu 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes).
Diese Erhöhung des Aktienanteils soll auch für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der Krankenkassen und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt. Dem Grundsatz der Anlagesicherheit nach § 80 Absatz 1 SGB IV ist von den Krankenkassen bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des passiven, indexorientierten Managements Rechnung zu tragen. Hierzu haben sie ein angemessenes Risikomanagementsystem zu unterhalten.
In der Praxis werden die gesetzlichen Vorgaben zur Risikominimierung von den Krankenkassen durch eigene Anlagerichtlinien konkretisiert, die von den zuständigen Aufsichtsbehörden überprüft werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung des Aktienanteils auch unter Berücksichtigung der Verlustrisiken sachgerecht.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 2a Satz 4 wie folgt:

Die Regelung zu § 171e Absatz 2a Satz 2 entspricht dem Gesetzentwurf. Der neu angefügte § 171e Absatz 2a Satz 4 stellt klar, dass sich die Anlagemöglichkeiten nach den Sätzen 1 bis 3 nicht lediglich auf das nach Absatz 1 verpflichtend zu bildende Deckungskapital bezieht, sondern auch auf Deckungskapital für sonstige Altersvorsorgezusagen, für die nach § 12 Absatz 1 Satz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) Rückstellungen gebildet wurden. Damit wird eine Auslegung, die das Bundesversicherungsamt bereits durch analoge Anwendung der bestehenden Regelung befürwortet hat, gesetzlich umsetzt. Auch die Interessenlage unterscheidet sich nicht, da bei dem Deckungskapital für sonstige Altersvorsorgezusagen im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 1 SVRV ebenfalls ein Interesse daran besteht, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Ergänzung schafft für die Anlagepraxis der Krankenkassen Rechtssicherheit.

§ 171f

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 171b bis 171e gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

§ 172

Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

(1) [1] Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4), Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbands verlegt.

(2) [1] Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich halten, oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. [2] Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als

0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den zu beurteilenden Berichtszeitraum, so hat er hierüber die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten. [3] Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Aufsichtsbehörden die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen. [4] Die Aufsichtsbehörde hat unter Berücksichtigung der in den Sätzen 2 und 3 genannten Finanzdaten vom Vorstand einer Krankenkasse unverzüglich die Vorlage der in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte zu verlangen, wenn sich daraus Anhaltspunkte für eine dauerhafte Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben. [5] Hält der Verband auf Grund der nach Satz 1 übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. [6] Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 4 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse auch hierüber zu unterrichten.

(3) [1] Stellt die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann dieser der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. [2] Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.

§ 172a

Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

(1) Bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach dem Siebten Abschnitt des Ersten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nach Maßgabe des Absatzes 2 sowie die §§ 48, 49, 50c Absatz 2, §§ 54 bis 80 und 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, Absatz 4 bis 10 und die §§ 83 bis 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechende Anwendung.

(2)[1] Finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle Anwendung, darf die Genehmigung nach § 144 Absatz 3 erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. [2] Hat der Vorstand einer an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse eine Anzeige nach § 171b Absatz 2 Satz 1 abgegeben, beträgt die Frist nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sechs Wochen. [3] Vor einer Untersagung ist mit den zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buchedas Benehmen herzustellen. [4] Neben die obersten Landesbehörden nach § 42 Absatz 4 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen treten die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches. [5] § 41 Absatz 3 und 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt nicht.

Zweiter Abschnitt

Wahlrechte der Mitglieder

§ 173

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) [1] Versicherungspflichtigte und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,

4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

[2] Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. [3] Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. [4] Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. [5] Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(2a) § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.

§ 174

Besondere Wahlrechte

(1) – weggefallen

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) – weggefallen

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

§ 175

Ausübung des Wahlrechts

(1) [1] Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. [2] Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. [3] Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) [1] Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. [2] Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. [3] Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) [1] Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. [2] Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. [3] Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. [4] Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. [5] Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. [6] Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds

den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) [1] Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. [2] Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. [3] Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) [1] Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. [2] Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. [3] Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. [4] Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. [5] Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. [6] Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) [1] Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. [2] Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. [3] Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. [4] Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. [5] Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. [6] Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. [7] Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. [8] Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. [9] Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§§ 176 bis 185 – weggefallen

Dritter Abschnitt

Mitgliedschaft und Verfassung

Erster Titel

Mitgliedschaft

§ 186

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis.

(2) [1] Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter [§ 179 Abs. 2] beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. [2] Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

(3) [1] Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tag, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. [2] Ist die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durch eine unständige Beschäftigung [§ 179 Abs. 2] unterbrochen worden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage nach dem Ende der unständigen Beschäftigung. [3] Kann nach § 9 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ein Versicherungsvertrag gekündigt werden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem auf die Kündigung folgenden Monat, spätestens zwei Monate nach der Feststellung der Versicherungspflicht.

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

(8) [1] Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. [2] Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags.

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) [1] Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. [2] Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates

des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. [3] Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.

§ 187

Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 188

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) [1] Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. [2] Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. [3] **Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.**

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

(4) [1] Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. [2] Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. [3] Satz 1 gilt nicht für Personen, der Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.[4] **Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.** [5] Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder **gewöhnlichen** Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. [6] Ein Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5** ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. [7] Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5** im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen. [8] Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5**, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach **Satz 5** hinzuweisen.

(5) [1] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4.** [2] **Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.**

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 2 Satz 3* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Die Vorschrift ist damit selbst entbehrlich.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Absatz 4
Zu Satz 4
Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 und 2 kraft Gesetzes ohne die Mitwirkung der oder des Versicherten begründet, wenn ein Versicherungspflichtverhältnis oder eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet und die oder der Versicherte nicht wirksam und fristgerecht ihren oder seinen Austritt erklärt. Dabei musste nach bisheriger Rechtslage die Krankenkasse vom Bestehen einer Mitgliedschaft auch dann im Zweifel ausgehen, wenn sie nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht klären konnte, ob das Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlassen hat. Grundsätzlich sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches gemäß § 30 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) nämlich nur auf diejenigen Personen anzuwenden, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches haben. Entscheidend für die Anwendung der Vorschriften des Sozialgesetzbuches ist danach im Regelfall nicht die Staatsangehörigkeit der oder des Betroffenen, sondern deren oder dessen Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Bundesgebiet. Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr als obligatorische Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann.
Zu Satz 5
Die Regelung dient der redaktionellen Anpassung an die Vorschrift des § 30 Absatz 1 SGB I.
Zu Satz 6 bis 8
Redaktionelle Folgeänderung zu Satz 4 (geänderte Satzzählung).
Zu Absatz 5
Um die einheitliche Auslegung und Anwendung der in den neuen § 181 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 vorgeschriebenen Ermittlungspflichten sicherzustellen, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, hierzu Regelungen zu erlassen. Diese sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 2 Satz 4 mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt gemäß § 188 Absatz 1 grundsätzlich mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Davon abweichend sieht § 188 Absatz 2 für bestimmte Fälle vor, dass die Mitgliedschaft rückwirkend mit Eintritt eines bestimmten Ereignisses beginnt, an das die Versicherungsberechtigung anknüpft. Die neue Versicherungsberechtigung für Soldatinnen und Soldaten auf Zeit entsteht mit dem Ausscheiden aus dem Dienst. Der Beitritt kann innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst erklärt werden (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 6). Die Änderung sieht vor, dass unabhängig von dem Zeitpunkt der Beitrittserklärung die Mitgliedschaft der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unmittelbar an ihre Dienstzeit anschließt. Auf diese Weise wird ein nahtloser Übergang der Absicherung im Krankheitsfall – von der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung während des Dienstverhältnisses zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung – sichergestellt.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 4 Satz 4 bis 7 **(jetzt: 5 bis 8)** wie folgt: **– Anmerkung: durch GKV-VEG in Satz 5 „ständigen“ durch „gewöhnlichen“ ersetzt**

§ 188 Absatz 4 SGB V wird um eine Sonderregelung für Personen ergänzt, die als Saisonarbeitnehmer vorübergehend für eine auf bis zu 8 Monate befristete sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Deutschland gekommen sind, um mit ihrer Tätigkeit einen besonderen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken (Saisonarbeitnehmer).
Für sie wird die obligatorische Anschlussversicherung künftig nur noch dann durchgeführt, wenn sie innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ihren Beitritt als freiwilliges Mitglied gegenüber der bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Die 3 Monats-Frist entspricht der bestehenden Beitrittsfrist zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 2 SGB V. Der Nachweis des Wohnsitzes oder ständigen Aufenthalts in Deutschland ermöglicht der Krankenkasse die eindeutige Feststellung der Anwendbarkeit des deutschen Krankenversicherungsrechts. Der Nachweis kann zum Beispiel durch eine aktuelle Meldebescheinigung der zuständigen Meldebehörde erfolgen. Insofern wird auch klargestellt, dass die Anschlussversicherung gerade nicht für Saisonarbeitnehmer durchzuführen ist, die ihren Wohnsitz im Ausland beibehalten haben.

Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 7 **(jetzt Satz 8)***, nachdem der Arbeitgeber den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf sein Beitrittsrecht, das ihm nach dem Ende seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zusteht sowie auf seine Nachweispflicht nach Satz 4* **(jetzt Satz 5)** *hinzuweisen. Dadurch wird gewährleistet, dass der Hinweis den Saisonarbeitnehmer bereits zu einem Zeitpunkt erreicht, zu dem sich der Saisonarbeitnehmer wegen seiner Beschäftigung in Deutschland befindet und für die Krankenkasse erreichbar ist.*

Damit die Krankenkasse das Mitglied als „Saisonarbeitnehmer" identifizieren kann, erfolgt eine gesonderte elektronische Kennzeichnung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber im Rahmen des elektronischen Arbeitgebermeldeverfahrens nach § 28a SGB IV.

Diese Rechtsänderung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei diesen Saisonarbeitnehmern grundsätzlich davon auszugehen ist, dass sie nach Beendigung ihrer Tätigkeit wieder an ihren bisherigen Wohnsitz im Ausland zurückkehren. Für sie wäre in diesem (Regel-)Fall somit bereits nach bestehender Rechtslage keine obligatorische Anschlussversicherung durchzuführen, weil sie sich nicht mehr im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts aufhalten (§§ 30 SGB I, 3 SGB IV). Bislang war es den Krankenkassen nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnis kaum oder nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand möglich, den tatsächlichen Verbleib des ausgeschiedenen Saisonarbeitnehmers zu ermitteln. Lagen den Krankenkassen, trotz erfolgter Ermittlungsbemühungen zum Beispiel durch Anschreiben an die bisherige Wohnanschrift keine Erkenntnisse darüber vor, dass die ehemaligen Saisonarbeitnehmer nicht mehr dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen, konnte die Regelung in Absatz 4 Satz 1 zu einer Fortsetzung der Versicherungsverhältnisse führen, obwohl in diesen Fällen eine obligatorische Anschlussversicherung mangels Anwendbarkeit deutscher Rechtsvorschriften gar nicht hätte begründet werden dürfen. Die Krankenkassen konnten in diesen Fällen Versicherungszeiten für den Risikostrukturausgleich melden und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ohne dass den Zuweisungen mögliche Leistungsausgaben gegenüberstanden.

Für den Fall, dass der Betroffene sich erst nach Fristablauf doch noch bei der Krankenkasse meldet, sei es, weil er ohne Beschäftigung wieder nach Deutschland zurückgekehrt ist oder weil er dort verblieben ist, sich aber zu spät gemeldet hat, kann unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 i. V. m. Absatz 11 SGB V eine (nachrangige) Pflichtversicherung in der GKV begründet werden. Auch in diesem Fall ist also wie im bisherigen rechtlichen Rahmen ein lückenloser Versicherungsschutz gewährleistet.

Aus den genannten Erwägungen ist es daher gerechtfertigt, für die Gruppe der Saisonarbeitnehmer das gesetzliche Regel-Ausnahme-Verhältnis umzukehren und die Anschlussversicherung nur dann fortzuführen, wenn (ausnahmsweise) eine ausdrückliche Beitrittserklärung des Mitglieds und ein Nachweis des Wohnsitzes oder des ständigen Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt.

§ 189

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) [1] Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. [2] Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) [1] Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. [2] Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 190

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.

(3) – weggefallen

(4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.

(5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem

Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet; § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleibt unberührt.

(6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.

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

(10) [1] Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. [2] Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 **Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung** genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

(13) [1] Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

[2] Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 11a
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Der Bezug knüpft künftig an das bisherige Recht an.

§ 191

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft**,**

3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt **oder**

4. mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Nummer 2 und 3
Es handelt sich um Folgeänderungen zum Anfügen von Nummer 4.
Zu Nummer 4
Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet kraft Gesetzes, wenn ein in § 191 vorgesehener Beendigungstatbestand erfüllt ist. Die Neuregelung schafft einen weiteren Tatbestand, bei dessen Vorliegen freiwillige Mitgliedschaften enden.
Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 4 sieht vor, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon ist auszugehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten zum einen das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt bereits nach dem Wortlaut voraus, dass die Leistung konkret und individuell für die Versicherte oder den Versicherten erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft nach dem neuen Beendigungstatbestand in Nummer 4 enden, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches hat, geht damit für die Betroffene oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit, ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

§ 192

Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

1. sie sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden,
2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen wird,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von sonstigen öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes bezogen werden oder diese beansprucht werden können,

3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder

4. Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bezogen wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

§ 193

Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) [1] Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6 b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen. [2] Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, wenn sie den Einsatzunfall in einem Versicherungsverhältnis erlitten haben.

(2) [1] Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6 b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht. [2] Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt. [3] Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Zivildienst entsprechend.

(4) [1] Die Absätze 1 und 2 gelten für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten. [2] Die Dienstleistungen und Übungen gelten nicht als Beschäftigungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.

(5) Die Zeit in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes gilt nicht als Beschäftigung im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.

Zweiter Titel

Satzung, Organe

§ 194

Satzung der Krankenkassen

(1) Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen und Sitz der Krankenkasse,
2. Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlussfassung des Verwaltungsrates,
8. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
9. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
11. Art der Bekanntmachungen.

(1a) [1] Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. [2] Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandskrankenversicherung.

(2) [1] Die Satzung darf keine Bestimmungen enthalten, die den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. [2] Sie darf Leistungen nur vorsehen, soweit dieses Buch sie zulässt.

§ 195

Genehmigung der Satzung

(1) Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) [1] Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist die erforderliche Änderung vornimmt. [2] Kommt die Krankenkasse der Anordnung nicht innerhalb dieser Frist nach, kann die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung anstelle der Krankenkasse selbst vornehmen. [3] Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.

§ 196

Einsichtnahme in die Satzung

(1) Die geltende Satzung kann in den Geschäftsräumen der Krankenkasse während der üblichen Geschäftsstunden eingesehen werden.

(2) Jedes Mitglied erhält unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung, über Beitrittsrechte sowie die von der Krankenkasse zu gewährenden Leistungen und über die Beiträge.

§ 197

Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,

1a. den Vorstand zu überwachen,

1b. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,

5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen und

6. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(2) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(3) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden.

§ 197a

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) [1] Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. [2] Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) [1] Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. [2] Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) [1] Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. [3] Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) [1] Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. [2] Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) [1] Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. **die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,**
2. **die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,**
3. **die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,**
4. **den Medizinischen Dienst und**
5. **die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.**

[2] Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. [3] Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. [4] Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) [1] Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat

dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. [2] Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. [3] In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

(6) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

[2] Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.

Begründung zum TSVG zum Einfügen von Absatz 3b (Anmerkung: Siehe Ergänzung in Satz 1 Nummer 5 durch den 14. Ausschuss):

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Es handelt sich um eine Parallelnorm zum vorgeschlagenen § 81a Absatz 3b. Auf die Begründung zu dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

Die Sätze 1 und 2 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten an die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Leistungsgewährung und für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind, sowie an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die berufsständischen Kammern. Diese dürfen die Daten zur Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten in den Grenzen ihrer jeweiligen Zuständigkeit verarbeiten.

Die Umschreibung der möglichen Empfänger ist bewusst weit gefasst, um sicherzustellen, dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können. Es kann sich um Stellen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisationen, bei denen die Fehlverhaltensstellen eingerichtet sind, handeln. Entscheidungen über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Nummer 1) treffen z. B. die Zulassungsausschüsse (§ 96), die Krankenkassen selbst (etwa durch Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Absatz 4), ihre Landesverbände (etwa durch Verträge mit Krankenhausträgern nach §§ 108 Nummer 3, 109 oder die Zulassung von Heilmittelerbringern nach § 124 Absatz 5 – **Anmerkung: jetzt Absatz 2** ***) sowie ggf. ihre Arbeitsgemeinschaften (etwa als Option beim Abschluss von Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 1 und 2 –*** **Anmerkung: jetzt Absatz 1** ***). Von dem Begriff ebenfalls erfasst sind die zuständigen Behörden der Länder, die durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder durch die landesrechtliche Anerkennung von Hochschulkliniken (vgl. § 108 Nummer 1 und 2) Entscheidungen über die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter treffen. Als weitere zulässige Empfänger sind die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Stellen genannt (Nummer 2), die etwa bei Hinweisen auf ein kollusives Zusammenwirken von Leistungserbringern und Versicherten tätig werden können. Darüber hinaus benötigen auch die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Stellen (Nummer 3) präzise Informationen über vergütungsrelevantes Fehlverhalten, um etwa Teile der Vergütung zurückzuhalten, Regressforderungen geltend zu machen oder gegen Ansprüche des Leistungserbringers aufzurechnen. Weiterhin wird die Zulässigkeit der Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung klargestellt (Nummer 4), denen die Krankenkassen gemäß § 276 Absatz 1***

Satz 1 alle für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen haben. Schließlich ermöglicht die Regelung eine Übermittlung personenbezogener Daten an die berufsständischen Kammern (Nummer 5), welche nach dem jeweiligen Landesrecht die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten ahnden und deswegen auch in den regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Fehlverhaltensstellen nach Absatz 3 Satz 2 eingebunden werden. Zu denken ist vor allem an die Berufskammern der (Zahn-)Ärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Apothekerinnen und Apotheker sowie etwaige Pflegekammern.

Durch die Benennung der „Verhinderung oder Aufdeckung" von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als mögliche Übermittlungszwecke wird wie in § 81a Absatz 3b Satz 1 klargestellt, dass die übermittelten Daten als Grundlage sowohl für präventive als auch für reaktive Maßnahmen dienen können, die in der Zuständigkeit der jeweiligen Empfänger liegen.

Die Sätze 3 und 4 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an die Fehlverhaltensstellen. Die Regelung vervollständigt die bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach §§ 275 ff. und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken ist etwa an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste. Übermittelt werden können auch „Zufallsfunde", also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden. Der in Satz 3 aufgeführte Übermittlungszweck der „Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten" entspricht der Regelung in § 197a Absatz 3a und verweist auf die gesetzlichen Aufgaben der Fehlverhaltensstellen nach § 197a Absatz 1 Satz 1.

In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderungen in Absatz 3b Satz 1 Nummer 5 wie folgt:

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Krankenkassen sowie ggf. bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Hinweise auf berufsbezogenes Fehlverhalten von Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Psychologischen Psychotherapeuten/Psychologischen Psychotherapeutinnen sind nicht lediglich für die jeweiligen Kammern zwecks Prüfung berufsrechtlicher Konsequenzen relevant, sondern auch für die staatlichen Behörden, die über den Fortbestand der Approbation entscheiden. Im vertragsärztlichen Bereich sieht § 285 Absatz 3a Nummer 1 deshalb bereits eine dahingehende Übermittlungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Vergleichbare Befugnisse sollten auch den Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen eröffnet werden. Da diese nicht lediglich Informationen über vertragsärztliche Leistungserbringer erlangen, ist der Kreis der möglichen Empfänger hier weiter zu fassen. Zum einen existiert bei weiteren Heilberufen (zum Beispiel Apothekern) ein Nebeneinander von berufsständischen Kammern und Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder. Zum anderen sind die in Betracht kommenden Berufe (mit Ausnahme der Pflegeberufe in einigen Bundesländern) nicht verkammert, so dass Kontroll- und Sanktionsbefugnisse von staatlichen Behörden wahrgenommen werden. Es ist daher gerechtfertigt, in die Datenübermittlung alle Behörden mit einzubeziehen, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen.

§ 197b

Aufgabenerledigung durch Dritte

[1] Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. [2] Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. [3] § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.

Vierter Abschnitt

Meldungen

§ 198

Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte

Der Arbeitgeber hat die versicherungspflichtig Beschäftigten nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches an die zuständige Krankenkasse zu melden.

§ 199

Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

(1) [1] Unständig Beschäftigte haben der [nach § 179 Abs. 1] zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der berufsmäßigen Ausübung von unständigen Beschäftigungen unverzüglich zu melden. [2] Der Arbeitgeber hat die unständig Beschäftigten auf ihre Meldepflicht hinzuweisen.

(2) [1] Gesamtbetriebe, in denen regelmäßig unständig Beschäftigte beschäftigt werden, haben die sich aus diesem Buch ergebenden Pflichten der Arbeitgeber zu übernehmen. [2] Welche Einrichtungen als Gesamtbetriebe gelten, richtet sich nach Landesrecht.

§ 200

Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

(1) [1] Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

1. für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder in Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind, der Träger dieser Einrichtung,
2. für Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, der zuständige Rehabilitationsträger,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, der zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichtete.

[2] § 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) [1] Die staatlichen und die staatlich anerkannten Hochschulen haben versicherte Studenten, die Ausbildungsstätten versicherungspflichtige Praktikanten und zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte der zuständigen Krankenkasse zu melden. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren.

§ 201

Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) [1] Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. [2] Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(3) [1] Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrags,
3. bei Ablehnung des Rentenantrags den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente sowie
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(5) [1] Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

(6) [1] Die Meldungen sind auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt.

§ 202

Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

(1) [1] Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung unverzüglich mitzuteilen. [2] Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versorgungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. [3] Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. [4] Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von Versorgungsbezügen und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, deren Umfang mitzuteilen.

(2) [1] Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen [zu] erstatten. [2] Die Krankenkasse hat nach inhaltlicher Prüfung alle fehlerfreien Angaben elektronisch zu übernehmen, zu verarbeiten und zu nutzen. [3] Alle Rückmeldungen der Krankenkasse an die Zahlstelle erfolgen arbeitstäglich durch Datenübertragung. [4] Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(3) [1] Die Zahlstellen haben für die Durchführung der Meldeverfahren nach diesem Gesetzbuch eine Zahlstellennummer beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen elektronisch zu beantragen. [2] Die Zahlstellennummern und alle Angaben, die zur Vergabe der Zahlstellennummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gespeichert.

[3] Die Sozialversicherungsträger, ihre Verbände und ihre Arbeitsgemeinschaften, die Künstlersozialkasse, die Behörden der Zollverwaltung, soweit sie Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes oder nach § 66 des Zehnten Buches wahrnehmen, sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden und die Arbeitgeber dürfen die Zahlstellennummern verarbeiten, nutzen und übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. [4] Andere Behörden, Gerichte oder Dritte dürfen die Zahlstellennummern verarbeiten, nutzen oder übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe einer der in Satz 3 genannten Stellen erforderlich ist. [5] Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellennummer regeln die Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4.

§ 203

Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld oder Elterngeld

Die Zahlstelle des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes hat der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes unverzüglich mitzuteilen.

§ 203a

Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld

Die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger erstatten die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c des Vierten Buches.

§ 204

Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) [1] Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung oder einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. [2] Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 des Wehrpflichtgesetzes hat das Bundesministerium der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. [3] Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) [1] Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. [2] An die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 205

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 206

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) [1] Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 28o des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

[2] Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

SIEBTES KAPITEL

Verbände der Krankenkassen

§ 207

Bildung und Vereinigung von Landesverbänden

(1) [1] In jedem Land bilden
die Ortskrankenkassen einen Landesverband der Ortskrankenkassen,
die Betriebskrankenkassen einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,
die Innungskrankenkassen einen Landesverband der Innungskrankenkassen.

[2] Die Landesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. [3] Die Krankenkassen gehören mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. [4] Andere Krankenkassen können den Landesverbänden beitreten.

(2) [1] Bestehen in einem Land am 1. Januar 1989 mehrere Landesverbände, bestehen diese fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagt. [2] Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Satz 1 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. [3] Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(2a) Vereinigen sich in einem Land alle Mitglieder eines Landesverbandes oder werden alle Mitglieder eines Landesverbandes durch die Landesregierung zu einer Krankenkasse vereinigt, tritt diese Krankenkasse in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes ein.

(3) [1] Länderübergreifende Landesverbände bestehen fort, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden in den betroffenen Ländern ihre Zustimmung bis zum 31. Dezember 1989 versagt. [2] Jede dieser obersten Verwaltungsbehörden der Länder kann ihre Zustimmung unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. [3] Wird die Zustimmung versagt oder widerrufen, regeln die beteiligten Länder die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen einvernehmlich.

(4) [1] Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. [2] Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

(4a) [1] Besteht in einem Land für eine Kassenart kein Landesverband, nimmt ein anderer Landesverband dieser Kassenart mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Aufgabe eines Landesverbandes in diesem Land wahr. [2] Kommt eine Einigung der Beteiligten nicht innerhalb von drei Monaten nach Wegfall des Landesverbandes zu Stande, nimmt der Bundesverband der Kassenart diese Aufgabe wahr.

(5) [1] Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Landesverbände der gleichen Krankenkassenart zu einem Verband zusammenschließen. [2] Das gilt auch, wenn die Landesverbände ihren Sitz in verschiedenen Ländern haben.

§ 208

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) Die Landesverbände unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) [1] Für die Aufsicht gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches. [2] Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches. [3] Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend.

§ 209

Verwaltungsrat der Landesverbände

(1) [1] Bei den Landesverbänden der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat nach näherer Bestimmung der Satzungen gebildet. [2] Der Verwaltungsrat hat höchstens 30 Mitglieder. [3] In dem Verwaltungsrat müssen, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein.

(2) [1] Der Verwaltungsrat setzt sich je zur Hälfte aus Vertetern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. [2] Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. [3] § 44 Abs. 4 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden von dem Verwaltungsrat der Mitgliedskassen aus dessen Reihen gewählt.

(4) [1] Für den Verwaltungsrat gilt § 197 entsprechend. [2] § 33 Abs. 3, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches gelten entsprechend.

§ 209a

Vorstand bei den Landesverbänden

[1] Bei den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen wird ein Vorstand gebildet. [2] Er besteht aus höchstens drei Personen. [3] § 35a Abs. 1 bis 3 und 5 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.

§ 210

Satzung der Landesverbände

(1) [1] Jeder Landesverband hat durch seinen Verwaltungsrat eine Satzung aufzustellen. [2] Die Satzung bedarf der Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes. [3] Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes,
2. Zahl und Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrats und ihrer Vertreter,
3. Entschädigungen für Organmitglieder,
4. Öffentlichkeit des Verwaltungsrats,
5. Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
6. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. Art der Bekanntmachungen.

[4] § 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Satzung muss ferner Bestimmungen darüber enthalten, dass die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind.

§ 211

Aufgaben der Landesverbände

(1) Die Landesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Landesverbände unterstützen die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,

2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluss und Änderung von Verträgen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von der Mitgliedskasse hierzu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung der Mitgliedskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
5. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedskassen,
6. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedskassen Beschäftigten,
7. Arbeitstagungen,
8. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren in Abstimmung mit den Mitgliedskassen.

(3) Die Landesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches ist entsprechend anzuwenden.

(4) [1] Die für die Finanzierung der Aufgaben eines Landesverbandes erforderlichen Mittel werden von seinen Mitgliedskassen sowie von den Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes aufgebracht. [2] Die mitgliedschaftsrechtliche Zuordnung der Krankenkassen nach § 207 Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. [3] Das Nähere zur Aufbringung der Mittel nach Satz 1 vereinbaren die Landesverbände. [4] Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 1. November eines Jahres zustande, wird der Inhalt der Vereinbarung durch eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson festgelegt.

§ 211a

Entscheidungen auf Landesebene

[1] Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. [2] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 seiner Kassenart zu gewichten ist. [3] Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 jährlich zum 1. Januar anzupassen.

§ 212

Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Verbände der Ersatzkassen

(1) [1] Die nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände werden kraft Gesetzes zum 1. Januar 2009 in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelt. [2] Gesellschafter der Gesellschaften sind die am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder des jeweiligen Bundesverbandes. [3] Die Gesellschaften sind bis zum 31. Dezember 2012 verpflichtet, den bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden unbefristet tätigen Angestellten ein neues Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. [4] Solange sind betriebsbedingte Kündigungen unzulässig. [5] Nach dem 31. Dezember 2012 steht es den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. [6] Soweit sich aus den folgenden Vorschriften nichts anderes ergibt, finden die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Gesellschaft bürgerlichen Rechts Anwendung. [7] Der Gesellschaft nach Satz 1 können Krankenkassen der jeweiligen Kassenart beitreten.

(2) – weggefallen

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

(4) [1] Die Gesellschaften nach Absatz 1 sind Rechtsnachfolger der nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände. [2] Zweck der Gesellschaft ist die Erfüllung ihrer sich nach § 214 ergebenden oder zusätzlich vertraglich vereinbarten Aufgaben. [3] Bis zum Abschluss eines Gesellschaftsvertrages gelten die zur Erreichung des Gesellschaftszwecks erforderlichen Pflichten und Rechte als vereinbart. [4] Das Betriebsverfassungsgesetz findet Anwendung.

(5) [1] Die Ersatzkassen können sich zu Verbänden zusammenschließen. [2] Die Verbände haben in der Satzung ihre Zwecke und Aufgaben festzusetzen. [3] Die Satzungen bedürfen der Genehmigung, der Antrag auf Eintragung in das Vereinsregister der Einwilligung der Aufsichtsbehörde. [4] Die Ersatzkassen haben für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. [5] Ersatzkassen können sich auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen. [6] Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen. [7] In den Fällen der Sätze 5 und 6 können die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen als Bevollmächtigte benennen. [8] Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. [9] Können sich die Ersatzkassen in den Fällen der Sätze 6 und 8 nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter. [10] Soweit für die Aufgabenerfüllung der Erlass von Verwaltungsakten notwendig ist, haben im Falle der Bevollmächtigung die Verbände der Ersatzkassen hierzu die Befugnis.

(6) [1] Absatz 5 Satz 6, 8 und 9 gilt für die Krankenkassen der anderen Kassenarten entsprechend. [2] Besteht in einem Land ein Landesverband, gilt abweichend von Satz 1 der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. [3] Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Aufgaben eines Landesverbandes von einer Krankenkasse oder einem anderen Landesverband nach § 207 wahrgenommen werden. [4] Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände, gelten diese in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte.

§ 213

Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse

(1) [1] Das den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden zustehende Vermögen wandelt sich in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts um. [2] Für die Arbeitsverhältnisse findet § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend Anwendung. [3] Für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. [4] Bei Auflösung eines Verbandes der Ersatzkassen oder des Austritts eines Mitglieds aus einem Verband der Ersatzkassen haften die Vereinsmitglieder für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung zeitlich unbeschränkt. [5] Die bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden tätigen Angestellten, für die die Dienstordnung gilt, werden unter Wahrung ihrer Rechtsstellung und Fortgeltung der jeweiligen Dienstordnungen bei den Gesellschaften beschäftigt. [6] § 164 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend. [7] Angestellte, für die die Dienstordnung gilt, haben einen Anspruch auf Anstellung bei einem Landesverband ihrer Wahl; der Landesverband muss zuvor Mitglied des Bundesverbandes nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gewesen sein, bei dem der Dienstordnungsangestellte angestellt war. [8] Der Landesverband oder die Krankenkasse, der oder die einen Dienstordnungsangestellten oder einen übrigen Beschäftigten anstellt, dessen Arbeitsplatz bei einem der bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbände oder bei einer der in Satz 1 genannten Gesellschaften bürgerlichen Rechts weggefallen ist, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände oder Krankenkassen der Kassenart. [9] Für die Vergütungs- und Versorgungsansprüche haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. [10] Die Sätze 6 bis 9 gelten auch für die Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen.

(2) [1] Die in den Bundesverbänden bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Personalräte nehmen ab dem 1. Januar 2009 die Aufgaben eines Betriebsrats mit dessen Rechten und Pflichten nach dem Betriebsverfassungsgesetz übergangsweise wahr. [2] Das Übergangsmandat endet, sobald ein Betriebs-

rat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben ist; es besteht längstens bis zum 31. Mai 2010.

(3) Die in den Bundesverbänden am 31. Dezember 2008 jeweils bestehenden Dienstvereinbarungen gelten in den Gesellschaften des bürgerlichen Rechts als Betriebsvereinbarungen für längstens 24 Monate fort, soweit sie nicht durch andere Regelungen ersetzt werden.

(4) [1] Auf die bis zum 31. Dezember 2008 förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren im Bereich der Bundesverbände finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Bundespersonalvertretungsgesetzes sinngemäß Anwendung. [2] Dies gilt auch für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Verwaltungsgerichten. [3] In den Fällen der Sätze 1 und 2 tritt in diesen Verfahren an die Stelle der Personalvertretung die nach dem Betriebsverfassungsgesetz zuständige Arbeitnehmervertretung.

(5) Bei der Fusion von Landesverbänden wird die Gesellschaft mit dem Rechtsnachfolger des fusionierten Landesverbandes fortgeführt.

(6) [1] Der Spitzenverband Bund soll den Beschäftigten der nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände sowie den Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen eine Anstellung anbieten, soweit dies für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund erforderlich ist. [2] Einer vorherigen Ausschreibung bedarf es nicht.

§ 214

Aufgaben

[1] Die Gesellschaft hat die Aufgabe, die Verpflichtungen auf Grund der Rechtsnachfolge oder aus Gesetz zu erfüllen. [2] Die Gesellschafter können im Gesellschaftsvertrag weitere Aufgaben zur Unterstützung der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.

§§ 215 bis 217 – weggefallen

§ 217a

Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

§ 217b

Organe

(1) [1] Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. [2] Ein Mitglied des Verwaltungsrates muss dem Verwaltungsrat, dem ehrenamtlichen Vorstand oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören. [3] § 33 Abs. 3, §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Absatz 1 bis 4 und 6, § 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 1 bis 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend.

(1a) [1] Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. [2] Der Verwaltungsrat kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über Angelegenheiten der Körperschaften verlangen. [3] Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. [4] Die Rechte nach den Sätzen 1 und 2 können auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen im Verwaltungsrat geltend gemacht werden.

(1b) [1] Der Verwaltungsrat hat seine Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. [2] Er hat seine Sitzungen zu protokollieren. [3] Der Verwaltungsrat kann ein Wortprotokoll verlangen. [4] Abstimmungen erfolgen in der Regel nicht geheim. [5] Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt.

[6] Eine namentliche Abstimmung erfolgt über die in der Satzung nach § 217e Absatz 1 festzulegenden haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände.

(1c) [1] Verpflichtet sich ein Mitglied des Verwaltungsrates außerhalb seiner Tätigkeit im Verwaltungsrat durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Zustimmung des Verwaltungsrates ab. [2] Gewährt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied des Verwaltungsrates eine Vergütung, ohne dass der Verwaltungsrat diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied des Verwaltungsrates die Vergütung zurückzugewähren, es sei denn, dass der Verwaltungsrat den Vertrag nachträglich genehmigt. [3] Ein Anspruch des Mitglieds des Verwaltungsrates gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. [4] Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(1d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2017, vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den Mitteilungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu veröffentlichen.

(1e) [1] Der Verwaltungsrat kann seinen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder des Verwaltungsrates zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter des Verwaltungsrates verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber dem Verwaltungsrat verletzt hat. [2] Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. [3] Mit dem Beschluss über die Abberufung muss der Verwaltungsrat gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. [4] Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.

(2) [1] Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. [2] Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen. [3] Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. [4] Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. [5] Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. [6] § 35a Abs. 1 bis 3, 6 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend. [7] Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 6 verlangen, dass ihr der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegt. [8] **Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig.** [9] **Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden.** [10] **Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen.** [11] **Finanzielle Zuwendungen nach § 35a Absatz 6 Satz 3 des Vierten Buches sind auf die Vergütungen der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuführen.** [12] **Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.**

(2a) [1] Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. [2] In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. [3] Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand und bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche

Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde. [4] Beziehen sich die festgestellten Verstöße auf das Handeln von Vorstandsmitgliedern, so ist auch dem Verwaltungsrat zu berichten.

(3) [1] Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. [2] Die Mitgliederversammlung wählt den Verwaltungsrat. [3] In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung. [4] Eine Ersatzkasse, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, entsendet jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. [5] § 64 Abs. 1und 3 des Vierten Buches gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absatz 2 Satz 8 bis 12:

Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung der Vorstände des GKV-Spitzenverbands, die den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1
Zu Satz 3
Der Verweis in § 217b Absatz 1 Satz 3 auf § 37 SGB IV wird gestrichen, da eine eigenständige Regelung in § 217i aufgenommen werden soll. Die spezialgesetzlichen Möglichkeiten der Aufsichtsbehörde zu einer Ersatzvornahme wird künftig in § 217i geregelt. Die Bestimmungen in dem neuen § 217i sind dabei dem § 37 SGB IV nachgebildet, enthalten jedoch detailliertere Vorgaben zum Verfahren des Selbsteintritts.
Der Verweis auf § 62 SGB IV wird durch einen Verweis auf § 62 Absatz 1 bis 4 und Absatz 6 SGB IV ersetzt,da der neu eingeführte § 217b Absatz 1e künftig die Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates regelt. Die Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Selbstverwaltungsorgans soll für alle Spitzenverbände der Selbstverwaltung auf Bundesebene einheitlich geregelt werden.
Zu Satz 4 – aufgehoben
Die Streichung betrifft eine obsolete Sonderregelung zu dem nicht mehr im Amt befindlichen Verwaltungsrat, der 2007 beim GKV-Spitzenverband gewählt wurde. Es handelt sich damit lediglich um eine redaktionelle Änderung.
Zu Absatz 1a bis 1e – Anmerkung: siehe Anfügen von Satz 6 in Absatz 1b durch den 14. Ausschuss
§ 217b Absatz 1a bis 1e soll die Kontrollbefugnisse des Verwaltungsrates stärken.
In § 217b Absatz 1a wird das Einsichts- und Prüfungsrecht des Verwaltungsrates sowie das Recht, einen Bericht in Angelegenheiten der Körperschaft zu verlangen, gesetzlich als Minderheitenrecht ausgestaltet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 3 entsprechend.
In § 217b Absatz 1b werden Anforderungen an Beschlüsse sowie zu den Protokoll- und Dokumentationspflichten geregelt. Neben diesen Neuregelungen sollen die bisher gemäß § 63 Absatz 3 SGB IV in Verbindung mit § 217b Absatz 1 Satz 3 bestehenden Sachverhalte, in denen der Ausschluss der Öffentlichkeit von Sitzungen des Verwaltungsrates möglich war, unberührt bleiben. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 3b entsprechend.
In § 217b Absatz 1c werden die Rechte des Verwaltungsrates bei Dienstverträgen und Werkverträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie einzelnen Mitgliedern des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 3c entsprechend.
In § 217b Absatz 1d wird die Pflicht zur Veröffentlichung der jährlichen Entschädigungen an die einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 3d entsprechend.
In § 217b Absatz 1e wird die Möglichkeit der Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 80 Absatz 4 entsprechend.
Zu Absatz 2 Satz 7
Mit der Regelung in § 217 b Absatz 2 Satz 7 wird geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vor Erteilung der Zustimmung zum Vorstandsdienstvertrag eine unabhängige Prüfung der finanziellen Auswirkungen des Vorstandsdienstvertrages verlangen kann. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 6 entsprechend.
Zu Absatz 2a – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss
Mit der Regelung in § 217b Absatz 2a wird die Verpflichtung des Vorstandes zur Implementierung und Sicherung einer Verwaltungsorganisation ausdrücklich gesetzlich verankert. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79 Absatz 7 entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1b Satz 6
Mit der Änderung wird die bisher im Gesetzentwurf gewählte Formulierung präzisiert. Eine namentliche Abstimmung hat bei den haftungsrelevanten Abstimmungsgegenständen zu erfolgen, die in der Satzung festgelegt sind. Die Körperschaften sind damit verpflichtet festzulegen, für welche haftungsrelevanten Ab-

stimmungsgegenstände eine namentliche Abstimmung vorzusehen ist. Hierbei handelt es sich z. B. um Abstimmungen über privatrechtliche Verträge oder über die Geltendmachung von Forderungen, die in den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltungsgremien fallen. Dies dient der Verfahrenserleichterung im Rahmen der Sitzungen der Selbstverwaltungsgremien, da eine vor jeder Abstimmung notwendige Prüfung, ob es sich um einen haftungsrelevanten Sachverhalt handelt, entfällt. § 217b Absatz 1b Satz 6 findet über § 282 Absatz 2b Satz 4 auch im Hinblick auf den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entsprechend Anwendung.

Zu Absatz 2a

Die Berichtspflicht gegenüber den Selbstverwaltungsgremien der Körperschaften bei festgestellten Verstößen, die das Handeln von Vorstandsmitgliedern betreffen, stellt einen ergänzenden Beitrag zur Herstellung von mehr Transparenz und zur hausinternen Aufarbeitung dar. § 217b Absatz 2a findet über § 282 Absatz 2d auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entsprechend Anwendung.

§ 217c

Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

(1) [1] Der Verwaltungsrat besteht aus höchstens 52 Mitgliedern. [2] Zu wählen sind als Mitglieder des Verwaltungsrates Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen sowie gemeinsame Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse. [3] Abweichend von Satz 2 sind für die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, nur Versichertenvertreter zu wählen. [4] Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. [5] § 43 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. [6] Die Verteilung der Sitze bestimmt sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat für die neue Wahlperiode wählt.

(2) [1] Die für die Krankenkassen einer Kassenart zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates müssen jeweils zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören. [2] Abweichend von Satz 1 ist für die Festlegung der Zahl der Arbeitgebervertreter, die für die Ersatzkassen zu wählen sind, deren Verwaltungsrat mit Arbeitgebervertretern besetzt ist, die Hälfte des Anteils der Versichertenzahlen dieser Ersatzkassen an den bundesweiten Versichertenzahlen aller Ersatzkassen zum 1. Januar des Kalenderjahres zu Grunde zu legen, in dem der Verwaltungsrat gewählt wird. [3] Bei Abstimmungen des Verwaltungsrates sind die Stimmen zu gewichten, soweit dies erforderlich ist, um insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat herzustellen. [4] Die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten haben zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. [5] Die Einzelheiten zur Sitzverteilung und Stimmengewichtung regelt die Satzung spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates. [6] Die Satzung kann vorsehen, dass die Stimmenverteilung während einer Wahlperiode an die Entwicklung der Versichertenzahlen angepasst wird.

(3) [1] Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt. [2] Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Bewerber enthält, wie ihr Sitze nach der Satzung zugeordnet sind. [3] Entsprechendes gilt für die nach Absatz 1 gemeinsam zu wählenden Mitglieder für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse. [4] Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste, benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter; die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. [5] Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die kassenartbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. [6] Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vorschlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. [7] Die Vorschlagslisten werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter erstellt. [8] Die Wahl erfolgt jeweils getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. [9] Die Versichertenver-

treter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. [10] Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. [11] Bei den nach Satz 8 getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter der Mitgliedskasse bei einem Wahlgang so viele Stimmen, wie jeweils Sitze nach der Satzung zur Verfügung stehen.

(4) [1] Gewählt sind jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der nach Absatz 4 gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). [2] Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart nach der Satzung zu verteilen sind. [3] Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

(5) [1] Bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung sind die Stimmen der Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu gewichten. [2] Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitgliedes am 1. Januar eines Jahres. [3] Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen jährlich zum 1. Februar anzupassen. [4] Das Nähere regelt die Satzung.

(6) [1] Die Mitgliederversammlung wählt aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. [2] Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. [3] Für die Mitgliedskasse kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit lädt die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der ersten konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet in dieser ersten Sitzung die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. [5] Für die erste Sitzung der Mitgliederversammlung gilt § 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt. [6] Zu den nachfolgenden Sitzungen der Mitgliederversammlung beruft der Vorsitzende ein. [7] Er leitet die Wahl des Verwaltungsrates und stellt das Wahlergebnis fest. [8] Das Nähere regelt die Satzung.

(7) [1] Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates. [2] Für die erste Sitzung des Verwaltungsrates gelten die §§ 75 und 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt.

(8) Das Nähere zur Durchführung der Wahl des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl für die Wahl im Errichtungsstadium wie auch für die folgenden Wahlen nach Ablauf der jeweiligen Amtsperioden kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung regeln.

§ 217d

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit, bei Ausführung des § 217f Abs. 3 der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. [2] Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Funktion als Verbindungsstelle nach § 219a wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt.

(2) [1] Die Kosten der Tätigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Mitgliedskassen gemäß den Vorgaben der Satzung aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. [2] Für die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches entsprechend. [3] Für das Haushalts-und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 83 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. [4] Die Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist für das abgelaufene Haushaltsjahr bis zum 1. Oktober des Folgejahres aufzu-

stellen und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. [5] Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf eineinhalb Monate entfallen. [6] Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. [7] Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Mitgliedskassen zu verwenden oder an die Mitgliedskassen zurückzuzahlen.

(3) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1 – Anmerkung: Satz 3 gestrichen
In § 217b wird das Recht zur Aufsicht über den GKV-Spitzenverband in einer einzigen Norm neu gefasst. Der Verweis vom bisherigen § 217d Satz 3 auf § 208 Absatz 2 wird gestrichen und der restliche Wortlaut wird Absatz 1.
Zu Absatz 2 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss – *und Absatz 3*
In § 217d Absatz 2 werden Grundsätze zur Finanzierung der Verwaltungskosten klargestellt. Der GKV-Spitzenverband darf Beiträge bei den Mitgliedskassen nur insoweit erheben, als dies für die Deckung der Kosten für seine gesetzlichen Tätigkeiten erforderlich ist. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 78 Absatz 5 entsprechend.
Zu Absatz 3
In § 217d Absatz 3 werden abweichend vom VwVG höhere Zwangsgelder für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen festgelegt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 78 Absatz 4 entsprechend.
Zu Absatz 4 – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen
Mit dem neu angefügten § 217d Absatz 4 wird der GKV-Spitzenverband mindestens alle fünf Jahre zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung verpflichtet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 78 Absatz 6 entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2 und 4
Für die umfassende und ordnungsgemäße Überprüfung der Haushaltspläne der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ist es erforderlich, dass bei Vorlage der Haushaltpläne die Ergebnisse der Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches für das vorangegangene Jahr bekannt sind. Denn die Höhe und die Verwendung des Jahresergebnisses beeinflussen die Bemessung der Einnahmen in Gestalt der Beiträge und Umlagen an die Körperschaft. Da der zeitnahe Abschluss der Jahresrechnung und die gemeinsame Vorlage mit dem Haushaltsplan in der Vergangenheit teilweise nicht konsequent praktiziert wurden, bedarf es dieser Verpflichtung zur rechtzeitigen Aufstellung und Vorlage bei der Aufsichtsbehörde. Neben den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist von der Neuregelung dieser Verpflichtung auch der Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wegen § 282 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E betroffen.
Mit der Änderung in Absatz 2 Satz 4 wird den Körperschaften ein größerer Spielraum bei der Vorhaltung von Betriebsmitteln eingeräumt und die Rechtslage insoweit an die der Krankenkassen angepasst.
§ 217d Absatz 2 Satz 4 findet über § 282 Absatz 3 auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entsprechend Anwendung.
Mit der Änderung in Absatz 4 wird die Prüfungspflicht der Körperschaften durch externe Prüfeinrichtungen aufgehoben. Es bleibt bei der geltenden Rechtslage der turnusmäßigen Prüfung durch das Bundesversicherungsamt.

§ 217e

Satzung

(1) [1] Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. [2] Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. [3] Der Spitzenverband Bund hat seinen Sitz in Berlin; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz bestimmen. [4] Die Verbindungsstelle (§ 219a) hat ihren Sitz in Bonn; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz in Berücksichtigung der spezifischen Aufgabenstellung festlegen. [5] Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes sowie die Ergänzung des Verwaltungsrates bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitglieds,
2. die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
4. die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,
6. das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitgliedskassen in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben,
7. die Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
8. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
9. die Art der Bekanntmachung.

[6] § 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1 Satz 5 Nummer 10 bis 16 – GE – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen
Die in § 217e neu aufgenommenen Mindestinhalte der Satzung des GKV-Spitzenverbandes haben das Ziel, sowohl die Transparenz als auch die Nachvollziehbarkeit der Willensbildung im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen zu stärken. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 81 Absatz 1a entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet das Entfallen wie folgt:

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungsinhalte entsprechen den Vorgaben einer ordnungsgemäßen Verwaltung, die in den meisten Selbstverwaltungskörperschaften bereits praktiziert wird. Auf eine gesetzliche Vorgabe dieser Satzungsinhalte wird daher verzichtet wird.

§ 217f

Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat ab dem 1. Juli 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Arbeitgebern. [2] Die Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen ist Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches). [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen nach § 28f Abs. 4 des Vierten Buches.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten.

(4a) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zu den Regelungen nach § 73b Absatz 3 Satz 8 und § 140a Absatz 4 Satz 6 und 7 fest. [2] Die Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(4b) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 31. Januar 2018 in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme fest, die von den Krankenkassen bei Kontakten mit ihren Versicherten anzuwenden sind. [2] Die Maßnahmen müssen geeignet sein, im Verhältnis zum Gefährdungspotential mit abgestuften Verfahren den Schutz der Sozialdaten zu gewährleisten und dem Stand der Technik entsprechen. [3] Insbesondere für die elektronische Übermittlung von Sozialdaten hat die Richtlinie Maßnahmen zur sicheren Identifizierung und zur sicheren Datenübertragung vorzusehen; hierbei sollen bereits vorhandene Verfahren für einen sicheren elektronischen Identitätsnachweis nach § 36a Absatz 2 Satz 5 des Ersten Buches berücksichtigt werden. [4] Die Richtlinie hat Konzepte zur Umsetzung der Maßnahmen durch die Krankenkassen und Vorgaben für eine Zertifizierung durch unabhängige Gutachter vorzusehen. [5] Sie ist in Abstimmung mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erstellen und bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Die von den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 30. Juni 2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten solange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug verarbeiten und nutzen.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absatz 8:

Die Krankenkassen sind gemäß § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung verpflichtet, eine Kassenordnung aufzustellen, über die die Aufsichtsbehörde unterrichtet werden muss. Besteht eine Musterkassenordnung, müssen lediglich die Abweichungen der Aufsichtsbehörde angezeigt werden. Bisher gibt es keine Musterkassenordnung für die gesetzlichen Krankenkassen. Zur Vereinfachung des Abstimmungsverfahrens wird der GKV-Spitzenverband daher nunmehr gesetzlich verpflichtet, eine Musterkassenordnung zu erstellen.

Dadurch kann der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der Erstellung der Kassenordnung wesentlich reduziert werden. Zum einen muss nicht mehr jede Krankenkasse eine eigene Kassenordnung erarbeiten, sondern kann die Musterkassenordnung übernehmen. Zum anderen entfällt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden der aufwendige Abstimmungs- und Prüfprozess, der bisher bei jeder einzelnen Kassenordnungen notwendig ist.

Begründung zum HHVG zum Anfügen von Absatz 4b:

Mit dem Absatz 4b wird geregelt, dass der GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme festlegt, die die Krankenkassen bei Kontakten mit ihren Versicherten anwenden müssen.

Grundsätzlich bestehen bereits Regelungen, die den Schutz von Sozialdaten vor unbefugtem Zugriff gewährleisten (§ 78a SGB X). Diese benennen jedoch vor dem Hintergrund der vielfältigen Anwendungsbereiche und der sich weiterentwickelnden technischen Möglichkeiten keine konkreten Maßnahmen (sie sind technikneutral gefasst). Zudem existieren auch unverbindliche Empfehlungen zu Maßnahmen, mit denen diese gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können, wie zum Beispiel die IT-Grundschutz-Kataloge des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Vor diesem Hintergrund bestehen derzeit bei den Krankenkassen viele unterschiedliche Sicherheitskonzepte und -maßnahmen bei Kontakten mit ihren Versicherten. Unter Kontakt der Krankenkassen mit ihren Versicherten sind dabei alle Möglichkeiten zu verstehen, bei denen Krankenkassen mit ihren Versicherten Informationen austauschen (persönlich, telefonisch, postalisch oder elektronisch).

In der Vergangenheit wurde in den Medien über Sicherheitslücken bei Online-Portalen einzelner Kranken-

kassen berichtet. In diesem Zusammenhang spielt auch die Sicherheit der Authentifizierung bei telefonischen und elektronischen (per Internet beziehungsweise E-Mail übermittelten) Anfragen von Versicherten bei ihren Krankenkassen eine wichtige Rolle, insbesondere bezüglich der für Versicherte bestehenden Möglichkeit, ihre Stammdaten (wie etwa ihre Adresse) auf diesem Wege zu ändern.

Um das Sicherheitsrisiko eines unbefugten Datenzugriffs zu reduzieren, werden aufgrund der Neuregelung für den Bereich der Kontakte von Krankenkassen mit ihren Versicherten mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands konkrete Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Sozialdaten vor unbefugter Kenntnisnahme verbindlich vorgegeben. Es wird das Instrument einer Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gewählt, um die aufgrund des oben erwähnten technischen Fortschritts erforderliche Flexibilität bei der Auswahl der Maßnahmen zu gewährleisten.

Die Richtlinie ist gemäß Satz 1 vom GKV-Spitzenverband in einer Frist von neun Monaten nach Inkrafttreten nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes zu erstellen. Dieser Zeitraum ist ausreichend und aufgrund der hohen Sicherheitsrelevanz im Hinblick auf die erwähnten Vorkommnisse angemessen.

Die Richtlinie soll auch berücksichtigen, dass die allgemein gewollte Erleichterung der elektronischen Kommunikation von Versicherten mit den Krankenkassen als bedeutender Beitrag zur Verwaltungsmodernisierung und zum Bürokratieabbau nur erreicht werden kann, wenn praxistaugliche Verfahren Anwendung finden, die zum einen den Schutz der personenbezogenen Daten der Versicherten gewährleisten, aber zum anderen auch die Akzeptanz der Versicherten finden. Das bedeutet, dass keine für die Gewährleistung eines angemessenen Schutzniveaus nicht zwingend erforderlichen Anforderungen an die technische Ausstattung mit Geräten und Software, sowie an die zu deren Nutzung erforderlichen Kenntnisse gestellt werden, und dass bereits existierende geeignete Verfahren berücksichtigt werden. Der mit den Sicherheitsmaßnahmen in Verbindung stehende Aufwand hat in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck, dem Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme, zu stehen.

Daher sieht die Regelung mit Satz 2 auch vor, dass Maßnahmen vorzusehen sind, bei denen abgestufte, risikoadjustierte Verfahren bezogen auf das jeweilige konkrete Gefährdungspotential angewendet werden. So ist zum Beispiel das Gefährdungspotential bei der telefonischen Anforderung von allgemeinen Informationsunterlagen wie Broschüren oder Versichertenmagazinen eher gering.

Ein hohes Gefährdungspotential besteht hingegen beispielsweise bei der Änderung von Stammdaten, die für eine sichere Zustellung relevant sind (z. B. Adressdaten für die Übersendung von neu ausgestellten oder geänderten elektronischen Gesundheitskarten), bei der Übermittlung von Gesundheitsdaten (Diagnosen und abgerechnete Leistungen) im Rahmen der Information über die in Anspruch genommenen Leistungen gemäß § 305 Absatz 1 oder bei der Bekanntgabe von Leistungsentscheidungen. Daher hat die Richtlinie nach Satz 3 auch Maßnahmen zur sicheren Identifizierung und zur sicheren Datenübertragung vorzusehen. Bereits vorhandene Verfahren zur sicheren Datenübertragung und zum sicheren elektronischen Identitätsnachweis sollen in der Richtlinie berücksichtigt werden. Hierzu gehören nach § 36a Absatz 2 Satz 4 Nummer 3 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) die Versendung einer De-Mail-Nachricht nach § 5 Absatz 5 des De-Mail-Gesetzes sowie nach § 36a Absatz 2 Satz 5 SGB I der sichere Identitätsnachweis nach § 18 des Personalausweisgesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes sowie die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 Absatz 2a. Dies gibt dem GKV-Spitzenverband damit bereits existierende sichere Verfahren als Regelbeispiele an die Hand, die die Sicherheitsanforderungen an eine elektronische Identifizierung erfüllen. Darüber hinaus kann bei der Erarbeitung der Richtlinie auch auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden, wie zum Beispiel auf den Leitfaden der Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 für die Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten oder die Hinweise der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zum Versand besonders schützenswerter Daten, die weitere Rahmenbedingungen für eine sichere Ausgestaltung elektronischer Anwendungen enthalten.

Konzepte zur Umsetzung der Maßnahmen sind nach Satz 4 vorzusehen, um die Krankenkassen bei der eigentlichen Umsetzung der in der Richtlinie vorgegebenen Maßnahmen zu unterstützen. Eine in der Richtlinie darüber hinaus vorzusehende Zertifizierung der Umsetzung der Maßnahmen bei den Krankenkassen durch anerkannte unabhängige Gutachter entlastet die Krankenkassen bei dem Nachweis, die Vorgaben der Richtlinie zu erfüllen und trägt auch dazu bei, aufsichtsrechtliche Prüfungen zu beschleunigen. Zudem wird mit den Vorgaben der Richtlinie eine besser strukturierte Prüfung durch die Aufsichtsbehörden ermöglicht.

Um die fachliche Expertise der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie des BSI bei der Erarbeitung der Richtlinie einzubinden, ist die Richtlinie nach Satz 5 mit diesen abzustimmen. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

§ 217g

Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) [1] Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechts-

widrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. [2] Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) [1] Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss des Verwaltungsrates erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. [2] Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss des Verwaltungsrates ersetzen.

(3) [1] Verstößt ein Beschluss des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. [2] Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. [3] Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die auf Grund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. [4] Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) [1] Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 auf Grund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. [2] Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 217g:

Mit der Neuregelung in § 217g wird für bestimmte Fallkonstellationen ein effektives, gestrafftes und klar umschriebenes aufsichtsrechtliches Verfahren vorgegeben. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu § 78a entsprechend.

§ 217h

Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) [1] Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. [2] Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

[3] Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder des Verwaltungsrates, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. [4] Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. [5] Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. [6] Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) [1] Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Auskünfte

und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. [2] Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. [3] Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. [4] Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. [2] Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) [1] Der Entsendung der Person hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. [2] Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 217h:

Vorbemerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Absatz 1 (in Satz 2 Nummer 4 „hinreichende“ eingefügt, in Satz 3 „insbesondere“ entfallen)
Mit der Neuregelung in § 217h wird ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium geschaffen, mit dem die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 217i und ohne die „Entmachtung“ der Organe im Außenverhältnis ergreifen kann. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 78b entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Durch die Änderungen werden die Eingriffsvoraussetzungen und die Befugnisse der entsandten Person präzisiert. § 217h Absatz 1 findet über § 282 Absatz 4 auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entsprechend Anwendung.

§ 217i

Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten

(1) [1] Solange und soweit die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht zustande kommt oder der Verwaltungsrat oder der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sich weigert, seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen übertragen. [2] Dies gilt auch, wenn der Verwaltungsrat oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(2) [1] Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1 erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [2] Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt dem nach Absatz 1 bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. [4] Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. [5] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. [6] Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.

(3) [1] Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. [2] Klagen

gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zum Einfügen von § 217i:

Die Regelung in § 217i ist dem neugefassten § 79a nachgebildet, soweit dieser auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Anwendung findet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 79a entsprechend.

§ 217j

Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Sofern schutzwürdige Belange Dritter nicht entgegenstehen, hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2018, einen Bericht über aufsichtsrechtliche Maßnahmen nach § 217g Absatz 1 bis 3, § 217h Absatz 1 und 4 Satz 1 und § 217i Absatz 1 und 3 Satz 1 und den Erlass von Verpflichtungsbescheiden nach § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches in Verbindung mit § 217d Absatz 2 Satz 2 sowie über den Sachstand der Aufsichtsverfahren vorzulegen.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz das Einfügen von § 217j wie folgt:

Die Berichtspflicht dient der Transparenz der aufsichtsrechtlichen Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Schützenswerte Rechte Dritter sowie datenschutzrechtliche und sozialdatenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten. Entfallen solche schutzwürdigen Belange im Laufe eines Aufsichtsverfahrens so stehen sie einer Berichtpflicht nicht mehr entgegen.

§ 218

Regionale Kassenverbände

(1) Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können sich durch übereinstimmenden Beschluss ihrer Verwaltungsräte zu einem Kassenverband vereinigen, wenn sie ihren Sitz im Bezirk desselben Versicherungsamts haben.

(2) Mit Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes kann sich ein Kassenverband über die Bezirke oder Bezirksteile mehrerer Versicherungsämter erstrecken.

§ 219

Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation Arbeitsgemeinschaften zur Wahrnehmung der in § 94 Abs. 1a Satz 1 des Zehnten Buches genannten Aufgaben bilden.

(2) [1] Vor der Entscheidung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. [2] Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrates.

(3) [1] Der Vorstand hat zur Information des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen der Spitzenverband

Bund der Krankenkassen beteiligt ist. [2] Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,
4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

[3] Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(4) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zur Überschrift
Die Neufassung der Überschrift trägt der Tatsache Rechnung, dass sich der GKV-Spitzenverband nicht nur an Arbeitsgemeinschaften im Sinne des Sozialgesetzbuches beteiligen kann, sondern auch an anderen Einrichtungen im Sinne von § 85 SGB IV.
Zu Absatz 1 – Anmerkung: bisheriger Text wird Absatz 1
Die Schaffung eines neuen § 219 Absatz 1 dient einer Neustrukturierung der Norm.
Zu Absatz 2 bis 5
Es werden weitere Vorgaben für die Errichtung, Übernahme und wesentliche Erweiterung von sowie die Beteiligungen an Einrichtungen und für Arbeitsgemeinschaften gemacht. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 77b entsprechend.

§ 219a

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (Verbindungsstelle) wahr. [2] Er erfüllt dabei die ihm durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. [3] Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe und Durchführung des Datenaustauschs in grenzüberschreitenden Fällen,
5. Aufklärung, Beratung und Information,

6. Wahrnehmung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach § 219d.

[4] Die Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts erfolgt für in Deutschland wohnende und gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten der Europäischen Union erwerbstätige Personen im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen oder der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, soweit es sich um Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder der landwirtschaftlichen Sozialversicherung handelt oder eine solche Mitgliedschaft bei Anwendbarkeit des deutschen Rechts gegeben wäre. [5] Die Satzung des Spitzenverbandes kann Einzelheiten zur Aufgabenerfüllung regeln und dabei im Rahmen der Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Verbindungsstelle auch weitere Aufgaben übertragen.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (Verbindungsstelle) nach § 219a in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung. [2] § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs findet entsprechend Anwendung. [3] Der für das Jahr 2008 aufgestellte Haushaltsplan gilt als Teil des Haushaltes des Spitzenverbandes fort.

(3) [1] Der Verwaltungsrat hat für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 einen Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen. [2] Der Geschäftsführer verwaltet den Spitzenverband Bund in allen Angelegenheiten nach Absatz 1 und vertritt den Spitzenverband Bund in diesen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts anderes bestimmen. [3] Für den Abschluss des Dienstvertrages gilt § 35a Abs. 6 Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. [4] Das Nähere über die Grundsätze der Geschäftsführung durch den Geschäftsführer bestimmt die Satzung.

(4) [1] Der Verwaltungsrat hat den Gesamthaushaltsplan des Spitzenverbandes Bund für den Aufgabenbereich der Verbindungsstelle zu untergliedern. [2] Die Haushaltsführung hat getrennt nach den Aufgabenbereichen zu erfolgen.

(5) [1] Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage, deren Berechnungskriterien in der Satzung festgelegt werden (§ 217e Abs. 1 Nr. 3), und durch die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. [2] Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen zur ausschließlichen Verwendung der für die Aufgabenerfüllung verfügbaren Mittel für Zwecke der Verbindungsstelle enthalten.

§ 219b

Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

[1] Der Datenaustausch der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, erfolgt im automatisierten Verfahren, soweit hierfür strukturierte Dokumente zur Verfügung stehen, die von der bei der Kommission der Europäischen Union eingesetzten Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt worden sind. **[2] Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt nach Gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. bestimmt werden.**

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Anfügen von Satz 2 wie folgt:

Der grenzüberschreitende Austausch der Sozialversicherungsdaten im Rahmen der Verordnungen VO (EG) 883/2004 und VO (EG) 987/2009 erfolgt zukünftig elektronisch. Um die Kompatibilität zwischen den europäischen und nationalen Verfahren für den Datenaustausch einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen und betroffenen Sozialversicherungsträgern sicherzustellen, wird die bisherige Rechtsgrundlage zur Anwendung der auf europäische Ebene festgelegten strukturierten Dokumente für den Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten um die Festlegung von Standards für den vor- und nachgelagerten nationalen Datenaustausch im automatisierten Verfahren erweitert.

§ 219c – aufgehoben

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von § 219c wie folgt:

Die Datenübermittlungspflicht der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) nach § 219c wird aufgehoben. Mit der für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union verbindlichen Einführung des europäischen IT-Systems Elektronischer Austausch von Sozialversicherungsdaten (EESSI) besteht eine gemeinsame sichere Infrastruktur, über die der gesamte Datenaustausch zwischen den nationalen Sozialversicherungsträgern zu grenzübergreifenden Vorgängen abzuwickeln ist. Dabei ist vorgesehen, dass die Beschäftigungsstaaten über alle in ihrem Hoheitsgebiet erwerbstätigen Personen von den zuständigen Trägern der sozialen Sicherheit in einem automatisierten Verfahren informiert werden, wenn die Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedsstaates weiter gelten. Einer zusätzlichen Datenübermittlungspflicht der Krankenkassen an die DVKA bedarf es nicht.

§ 219d

Nationale Kontaktstelle

(1) [1] Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45) nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, ab dem 25. Oktober 2013 wahr. [2] Sie stellt insbesondere Informationen über

1. nationale Gesundheitsdienstleister, geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen, Patientenrechte einschließlich der Möglichkeiten ihrer Durchsetzung sowie die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Menschen mit Behinderungen,
2. die Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten,
3. Mindestanforderungen an eine im grenzüberschreitenden Verkehr anerkennungsfähige Verschreibung und
4. Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten

zur Verfügung. [3] In den Informationen nach Satz 2 Nummer 2 ist klar zu unterscheiden zwischen den Rechten, die Versicherte nach § 13 Absatz 4 und 5 in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU geltend machen können und den Rechten, die Versicherte aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1) geltend machen können. [4] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die privaten Krankenversicherungen stellen der nationalen Kontaktstelle die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen zur Verfügung. [5] Soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, darf die nationale Kontaktstelle personenbezogene Daten der anfragenden Versicherten nur mit deren schriftlicher Einwilligung und nach deren vorheriger Information verarbeiten und nutzen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung der Informationen durch die nationale Kontaktstelle gemäß Absatz 1 Satz 2 in einem Vertrag.

(3) [1] An den zur Finanzierung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle erforderlichen Kosten sind die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen zu beteiligen. [2] Das Nähere zur Finanzierung, insbesondere auch zur Höhe der jährlich erforderlichen Mittel, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen in dem Vertrag nach Absatz 2. [3] Wird nichts Abweichendes vereinbart, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungen zu 5 Prozent, die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu 10 Prozent an den zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Kosten.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Informationen müssen leicht zugänglich sein und, soweit erforderlich, auf elektronischem Wege und in barrierefreien Formaten bereitgestellt werden.

(5) Die nationale Kontaktstelle arbeitet mit den nationalen Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission in Fragen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zusammen.

ACHTES KAPITEL

Finanzierung

Erster Abschnitt

Beiträge

Erster Titel

Aufbringung der Mittel

§ 220

Grundsatz

(1) [1] Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242. [2] Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig. [3] Die Aufsichtsbehörde kann im Einzelfall Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken für Eigeneinrichtungen nach § 140 sowie der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigeneinrichtungen nach § 140 genehmigen.

(2) [1] Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr

1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,
2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,
3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie
4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.

[2] Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. [3] Bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.

(3) [1] Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Absatz 1a Satz 1 bis 6 und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. [2] Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend. [3] Die Bestellung des Wirtschaftsprüfers oder des vereidigten Buchprüfers zur Prüfung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds erfolgt durch die beim Bundesversicherungsamt eingerichtete Prüfstelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen. [4] Die Entlastung des Präsidenten oder der Präsidentin des Bundesversicherungsamts als Verwalter des Gesundheitsfonds erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 1 Satz 3 wie folgt:

> *Die beitragszentrierte Finanzierungsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung folgt dem Grundsatz der Eigenfinanzierung. Die Krankenkassen haben ihre Beiträge so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen ausreichen, um die gesetzlichen Ausgaben und die Auffüllung der Rücklagen zu*

decken. Daher sind Darlehensaufnahmen grundsätzlich unzulässig. Ausnahmen hiervon bedürfen besonderer Legitimationsgründe, damit der Grundsatz der Eigenfinanzierung nicht unterlaufen wird.
Um den Krankenkassen einen sinnvollen Betrieb von bestandsgeschützten Eigeneinrichtungen im Rahmen der in § 140 Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geäußerten Intention des Gesetzgebers auch weiterhin zu ermöglichen und um diesen Einrichtungen die gleichen Wettbewerbsbedingungen zu ermöglichen wie solchen Einrichtungen, die keine Eigeneinrichtungen von Krankenkassen sind, bedarf es einer Regelung, die es den Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V im Einzelfall mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ermöglicht, zulässige und erforderliche Immobilienmaßnahmen auch über Bankdarlehen finanzieren zu können. Im Fall von Krankenhäusern betrifft dies solche Immobilienmaßnahmen, die über Fallpauschalen oder über Förderbeträge nach den jeweiligen Landesfördergesetzen zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen gefördert werden. Der Gesetzgeber hat den besonderen Finanzbedarf der Krankenhäuser erkannt und in § 12 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen, die Förderpauschalen der Länder auch für Tilgungen der Kredite einzusetzen. Wegen der vorrangigen Regelung in § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V wäre dieser Weg den Eigeneinrichtungen verwehrt. In der Konsequenz wären Schließungen oder Veräußerungen der Eigeneinrichtungen nicht auszuschließen. Dies widerspräche der in § 140 SGB V ausdrücklich geäußerten Intention des Gesetzgebers, den Betrieb von Eigeneinrichtungen in gewissen Grenzen weiter zu ermöglichen. Diese Intention gilt grundsätzlich für alle Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V. Für Eigeneinrichtungen ist daher eine Ausnahme von dem grundsätzlichen Darlehensaufnahmeverbot sachgerecht.
Die Aufsichtsbehörden haben im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen, ob die Darlehensaufnahme den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht. Dabei hat die Aufsichtsbehörde die Risiken einer Darlehensaufnahme auch für den Haushalt des Trägers insgesamt zu bewerten und die Fähigkeit der Krankenkasse oder ihrer Eigeneinrichtung zur Tilgung und Zinszahlung zu prüfen. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse bzw. ihrer Eigeneinrichtung hierfür Bestätigungen eines Wirtschaftsprüfers oder einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft verlangen. Darlehensverträge, die ohne Genehmigung geschlossen werden, sind schwebend unwirksam. Lehnt die Aufsichtsbehörde die Genehmigung ab, wird der Darlehensvertrag endgültig unwirksam. Es werden durch den Vertragsschluss keine Verpflichtungen für die Krankenkasse begründet.

§ 221

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.

(2) [1] Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse den auf sie entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes. [2] Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.

(3) [1] Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

1. in den Jahren 2016 bis 2019 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und
2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

[2] Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. [3] Der Anteil nach Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds und der Anteil nach Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds zugeführt. [4] Mittel für den Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen. [5] **Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr**

festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. [6] **Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen.** [7] **Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesversicherungsamt.**

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 wie folgt:

Es handelt sich um die Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Regelung zur Beteiligung des Bundes an den Einnahmen des Gesundheitsfonds für die Jahre 2014 bis 2017.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 3
Zu Satz 1 Nummer 2
Die Streichung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Da die Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds sehr ungleichmäßig war, tritt künftig an die Stelle eines festen Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Festlegung dieses Anteils durch das BVA (vgl. Begründung zu Satz 5 bis 7).
Zu Satz 5 bis 7
Die neuen Sätze 5 bis 7 regeln das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Krankenhausstrukturfonds.

§ 222 – weggefallen

§ 223

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) [1] Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. [2] Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) [1] Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). [2] Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 224

Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Elterngeld

(1) [1] Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld. [2] Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen. [3] **Für die Dauer des Bezugs von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld gilt § 240 Absatz 4 Satz 1 nicht.**

(2) Durch die Beitragsfreiheit wird ein Anspruch auf Schadensersatz nicht ausgeschlossen oder gemindert.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-VEG die Änderungen wie folgt:

Zur Überschrift
Die Überschrift wird redaktionell angepasst. Das bislang in der Überschrift genannte Erziehungsgeld gab es bis zum 31. Dezember 2006. Es wurde durch das Elterngeld abgelöst.
Zu Absatz 1 Satz 1
Redaktionelle Anpassung unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur

Nichtigkeit der Bestimmungen über das Betreuungsgeld in den §§ 4a ff. des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit (Urteil vom 21. Juli 2015 – 1 BvF 2/13).
Zu Absatz 1 Satz 3
Mit der Änderung werden freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Bezieher von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld für die Dauer des Leistungsbezuges von der Pflicht zur Zahlung von Mindestbeiträgen entbunden. Während des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld ist bereits durch die Regelung des Absatzes 1 sichergestellt, dass von diesen Entgeltersatzleistungen keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten sind. Auf den Differenzbetrag zwischen dem vor dem Leistungsbezug beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen und der Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1 sind somit ebenfalls keine Beiträge zu entrichten, soweit keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen erzielt werden. Bisher sehen die vom GKV-Spitzenverband nach § 240 Absatz 1 Satz 1 aufgestellten „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 15. November 2017, für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte vor, dass der Bezug von Krankengeld nach § 44, Krankengeld im Wahltarif nach § 53 Absatz 6 oder Mutterschaftsgeld Beitragsfreiheit für das vor dem Leistungsbezug beitragspflichtige Arbeitseinkommen begründet, soweit und solange es entfällt. Für hauptberuflich Selbstständige, die mit ihrem Arbeitseinkommen die Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 2 in der bisher geltenden Fassung nicht erreichen, hat das bislang zur Folge, dass auf den Differenzbetrag zwischen dem vor dem Leistungsbezug beitragspflichtigen Arbeitseinkommen und der Mindestbemessungsgrundlage weiterhin Beiträge zu entrichten sind.
Durch die Entbindung von der Pflicht zur Zahlung von Mindestbeiträgen während des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld werden freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte für die Zeit des Leistungsbezuges entlastet. Auf Grund der bereits vorgesehenen Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sind mit dem Wegfall von Mindestbeiträgen nur geringfügige, nicht quantifizierbare GKV-Mindereinnahmen verbunden.

§ 225

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

[1] Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte oder hinterbliebener Lebenspartner eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder
3. ohne die Versicherungspflicht nach **§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12** nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

[2] Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. [3] § 226 Abs. 2 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

Zu Satz 1 Nummer 3
Die Vorschrift wird im Nachgang zur Einführung der Versicherungspflicht für Waisenrentner gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 11b durch Artikel 1a des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) ergänzt.
Durch die Änderung wird die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a in die geltende Regelung einbezogen. § 5 Absatz 1 Nummer 11a erfasst bestimmte Künstler und Publizisten, die nicht bereits nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 die Voraussetzungen für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Insoweit wird eine Regelungslücke geschlossen, da kein Grund dafür erkennbar ist, die Versicherungspflicht nach Nummer 11a insoweit anders zu behandeln.
Durch die Einbeziehung des § 5 Absatz 1 Nummer 11b werden künftig auch Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und ohne die Rentenantragstellermitgliedschaft familienversichert wären, in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt.

Zweiter Titel

Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 226

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) [1] Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

[2] Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. [3] Bei Auszubildenden, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, steht die Ausbildungsvergütung dem Arbeitsentgelt gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

*(4) Bei Arbeitnehmern, die gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone (§ 20 Abs. 2 des Vierten Buches) mehr als geringfügig beschäftigt sind, gilt der Betrag der beitragspflichtigen Einnahme nach § 163 Abs. 10 Satz 1 bis 5 und 8 oder § 276b des Sechsten Buches entsprechend.

*Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Juli 2019 werden die Wörter „der Gleitzone“ durch die Wörter „des Übergangsbereichs“ ersetzt und werden die Wörter „Satz 1 bis 5 und 8 oder § 276b“ gestrichen (vgl. Artikel 6 Absatz 2 RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz)

§ 227

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.

§ 228

Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) [1] Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung. [2] Satz 1 gilt auch, wenn vergleichbare Renten aus dem Ausland bezogen werden.

(2) [1] Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. [2] Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. [3] **Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach**

den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absatz 2 Satz 3:

Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland und von Versorgungsbezügen sind gemäß §§ 228 Absatz 2, 229 Absatz 2 und 240 Absatz 2 Satz 5 beitragspflichtig und werden zeitlich den Monaten zugeordnet, für die sie nachgezahlt werden. Während bei versicherungspflichtigen Rentnern die Beitragszahlung im sogenannten Quellenabzugsverfahren nach §§ 255 und 256 erfolgt, sind die Beiträge freiwilliger Mitglieder mit einem Beitragsbescheid der Krankenkasse gegenüber dem freiwilligen Mitglied geltend zu machen. Ein Beitragsbescheid stellt einen Verwaltungsakt dar, der nur unter Beachtung der Vorschriften zum Sozialverwaltungsverfahren geändert werden kann. Die Voraussetzungen des § 48 Absatz 1 Satz 2 SGB X für die Rücknahme eines Beitragsbescheides als Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sind in den vorliegenden Fällen nicht gegeben. Das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 21. September 2005 (B 12 Kr 12/04 R) fest, dass zwar das einschlägige materielle Recht eine Berücksichtigung nachgezahlter Renten und Versorgungsbezüge erlaubt und deren Zuordnung regelt, jedoch keine verfahrensrechtliche Ermächtigung zur rückwirkenden Aufhebung eines Beitragsbescheides in diesen Fällen bestehe. Mit der Neuregelung wird die insoweit erforderliche spezialgesetzliche Regelung als Ermächtigungsgrundlage für die rückwirkende Aufhebung von Beitragsbescheiden bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen geschaffen. Aufgrund der nach den materiell-rechtlichen Vorschriften bestehenden Beitragspflicht in Bezug auf Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen kann der Betroffene sich in diesen Fällen nicht auf ein schutzwürdiges Interesse am Bestand des bisherigen Beitragsbescheides berufen.

§ 229

Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

(1) [1] Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
   a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
   b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
   c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
   d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über eine Alterssicherung für Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung; außer Betracht bleiben die Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes **sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat**.

[2] Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. [3] Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-VEG die Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 mit Wirkung ab 15. Dezember 2018 wie folgt:

Mit der Änderung wird die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Abgrenzung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses privat weiter aufgebaut hat, nachvollzogen und gesetzlich festgeschrieben. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Beschlüssen zu Leistungen einer Direktversicherung (Beschluss vom 6. September 2010 – 1 BvR 739/08; Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08) und zu Leistungen einer Pensionskasse (Beschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/15) entschieden, unter welchen Umständen auch ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Leistungen solcher Einrichtungen betrieblich veranlasst sind. Die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesem Fall nicht zu beanstanden.

Für die Unterscheidung von Altersversorgungsleistungen, die für versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig sind, ist entscheidend, ob der Versicherte nach dem Ende seines Arbeitsverhältnisses den institutionellen Rahmen des Betriebsrentenrechts weiterhin unverändert nutzt oder den Vertrag vollständig aus dem beruflichen Bezug löst. Die insoweit aufgestellten Abgrenzungskriterien des Bundesverfassungsgerichts werden mit der vorliegenden Änderung einheitlich gesetzlich festgelegt.

Die von der Zahlstelle vorzunehmende Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil soll entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 (B 12 KR 16/10 R) vorzugsweise prämienratierlich bzw. beitragsproportional erfolgen.

Begründung zum Betriebsrentenstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 **– Anmerkung: siehe Ergänzung durch das GKV-VEG**

Der Aufbau einer Betriebsrente mit eigenen Mitteln der Beschäftigten wird seitens des Staates über zwei Wege gefördert. Zum einen sind Zahlungen der Beschäftigten im Rahmen einer Entgeltumwandlung an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung bis zu einer Höhe von 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung einkommensteuer- und daneben auch beitragsfrei in der Sozialversicherung. Diese Förderung kommt wegen der steuerlichen Progressionswirkung insbesondere Beschäftigten zugute, die eine hohe bzw. höherer Steuerbelastung haben, während Geringverdiener je nach Fallgestaltung steuerlich kaum oder gar nicht von der Förderung profitieren. Vor diesem Hintergrund wurde 2002 zum anderen auch die Möglichkeit geschaffen, dass im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung auch die Riester-Förderung in Anspruch genommen werden kann. Diese Förderung zeichnet sich dadurch aus, dass – über den Arbeitgeber organisiert – Zahlungen aus dem Netto der Beschäftigten an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung erfolgen, die mit den staatlichen Zulagen gefördert werden. Damit sollte insbesondere Geringverdienern eine effiziente Möglichkeit zum Aufbau einer zusätzlichen Altersversorgung an die Hand gegeben werden. Insbesondere die Förderung durch Kinderzulagen, die in der Riester-geförderten betrieblichen Altersversorgung besteht, bedeutet eine noch gezieltere Förderung von Geringverdienern mit Familie, da eine Kind bezogene Förderung in der übrigen betrieblichen Altersversorgung nicht in gleichem Maße besteht. Außerdem sollte durch Einbeziehung des Arbeitgebers die Effizienz kollektiv organisierter Gruppenverträge genutzt werden. In der Auszahlungsphase waren solche betrieblichen Riester-Renten bis zum Jahr 2004, sofern es sich um Kapitaleinmalzahlungen handelte, in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beitragsfrei. Ab 2004 wurden Versorgungsbezüge aus betrieblicher Altersversorgung und damit auch betriebliche Riester-Renten mit dem vollen KV/PV-Beitragssatz in der Auszahlungsphase belegt. In der Folge sind betriebliche Riester-Renten gegenüber privat abgeschlossenen Riester-Renten aufgrund der Beitragsabführung zur KV/PV sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase bei ökonomischer Betrachtung nicht mehr zu empfehlen. Sie werden deshalb praktisch kaum mehr genutzt. Der Anteil der Anwartschaften mit Riester-Förderung lag bei Direktversicherungen Ende 2013 lediglich bei ca. 0,1 Prozent.

Ende 2015 hatten immer noch knapp 47 Prozent der Beschäftigten mit weniger als 1 500 Euro Erwerbseinkommen im Monat weder eine Betriebs- noch eine Riester-Rente. Mit der Änderung des § 229 SGB V soll der mit der KV/PV-Beitragszahlung in der Auszahlungsphase verbundene Fehlanreiz bei der Förderung betrieblicher Riester- Renten beseitigt werden. Dies wird dadurch erreicht, dass solche betrieblichen Riester-Renten KV/PV-systematisch künftig wie private Riester-Renten behandelt werden.

Damit werden sie zwar anders behandelt als sonstige Versorgungsbezüge aus betrieblicher Altersversorgung. Jedoch fällt die betriebliche Riester-Rente aufgrund ihrer steuerlichen Förderung nach § 10a/Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes (EStG) aus der Systematik der betrieblichen Altersversorgung heraus. Die Förderung erfolgt auf die gleiche Weise und unterliegt den gleichen subjektiven Voraussetzungen (§ 82 Absatz 2 EStG) wie bei einem privaten Riester-Vertrag. Beitragsrechtlich wird die Riester-geförderte betriebliche Altersversorgung bereits in der Ansparphase anders als die sonstigen Produkte der betrieblichen Altersvorsorge behandelt. Bei internen Durchführungswegen (Direktzusage, Unterstützungskasse) liegt in der Ansparphase bei Arbeitgeberfinanzierung kein sozialversicherungspflichtiges Entgelt vor, sodass es an dieser Stelle nicht zu einer Verbeitragung kommt. Bei den externen Durchführungswegen (Pensionskasse, Pensionsfonds, Direktversicherung) und in Fällen der Entgeltumwandlung bei den internen Durchfüh-

rungswegen besteht eine Sozialabgabenfreiheit für Beiträge, die 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigen. Eine Verbeitragung erfolgt bei diesen Produkten in der Ansparphase also nur dann, wenn und insoweit die Obergrenze überschritten wurde. Die Beiträge in eine Riester-geförderte betriebliche Altersversorgung stammen dagegen aus dem sozialversicherungspflichtigen Entgelt. Das bedeutet, dass auch sozialversicherungsrechtlich in der Ansparphase eine Gleichbehandlung der Riester-geförderten betrieblichen Altersversorgung mit der privaten Altersvorsorge erfolgt. Es ist daher folgerichtig, dass diese Behandlung auch in der Auszahlungsphase nachvollzogen wird. Die beitragsrechtliche Gleichbehandlung mit den privaten Riester-Verträgen ist auch damit begründet, dass insbesondere Geringverdienern nicht von einer effizienten Möglichkeit ausgeschlossen werden sollen, zusätzliche Altersvorsorge zu betreiben.

Die betriebliche Altersversorgung, die mit Riester-Zulagen gefördert wird, unterscheidet sich von sonstigen Betriebsrentensystemen im Übrigen auch regelmäßig dadurch, dass der Arbeitnehmer nach § 1a Absatz 3 BetrAVG verlangen kann, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden, wenn die betriebliche Altersversorgung über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchgeführt wird. In der Folge wird der Inhalt dieser Betriebsrenten praktisch häufig durch den Beschäftigten und die Anbieterseite bestimmt. Die Besonderheit der betrieblichen Altersversorgung, wonach der Arbeitgeber den Inhalt der Zusage konkret festlegt, tritt demgegenüber in den Hintergrund.

Diese Besonderheit der betrieblichen Riester-Rente in Bezug auf diese privaten Gestaltungsspielräume sowie die gesetzgeberische Zielsetzung, einen Anreiz für geringer verdienende Arbeitnehmer zu schaffen, rechtfertigen eine besondere Regelung für die Auszahlungsphase. Durch die erhöhte Attraktivität der betrieblichen Riester-Rente für den Personenkreis der Geringverdiener wird eine effizientere Möglichkeit geschaffen, die Absenkung ihres Rentenniveaus zu kompensieren. Damit soll auch verhindert werden, dass dieser Personenkreis in die Grundsicherung im Alter fällt, die durch Bundesmittel finanziert wird.

Zusammen mit dem neuen steuerlichen BAV-Förderbetrag (siehe § 100 EStG neu), der ebenfalls auf Geringverdiener zugeschnitten ist und der parallel zur Riester-Förderung genutzt werden kann, soll der Auf- und Ausbau der betrieblichen Altersversorgung innerhalb dieses Personenkreises vorangebracht werden. Durch die Regelung wird nicht nur eine Ungleichbehandlung der betrieblichen Riester-Rente mit der konzeptionell vergleichbaren privaten Riester-Rente beseitigt, sondern auch zu anderen Formen der betrieblichen Altersversorgung. Indem bei der betrieblichen Riester-Rente die Beitragspflicht auf die Einzahlungsphase reduziert wird, werden alle Formen der betrieblichen Altersversorgung insoweit gleich behandelt, als sie einheitlich nur einmal verbeitragt werden, d.h. entweder in der Einzahlungs- oder in der Auszahlungsphase. Die Beiträge, die zu Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 EStG führen, müssen dem Grunde nach förderfähig im Rahmen der Riester-Förderung sein, zum Beispiel weil der Arbeitnehmer nach § 1a Absatz 3 BetrAVG verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden. Darauf, ob die Förderung tatsächlich erfolgt ist oder ob im Zeitpunkt der Beitragszahlung eine Förderberechtigung bestand, kommt es nicht an.

§ 230

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter

[1] Erreicht das Arbeitsentgelt nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. [2] Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 231

Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 überschritten haben.

(2) [1] Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Mitglied auf Antrag die von ihm selbst getragenen Anteile an den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zu Grunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. [2] Die Satzung der Kranken-

kasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen. [3] Wenn dem Mitglied auf Antrag von ihm getragene Beitragsanteile nach Satz 1 erstattet werden, werden dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile erstattet.

(3) Weist ein Mitglied, dessen Beiträge nach § 240 Absatz 4a Satz 6 festgesetzt wurden, innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu zahlen waren, beitragspflichtige Einnahmen nach, die für den Kalendertag unterhalb des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze liegen, wird dem Mitglied der Anteil der gezahlten Beiträge erstattet, der die Beiträge übersteigt, die das Mitglied auf der Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 hätte zahlen müssen.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Absatz 3 wie folgt:

Die Regelung ergänzt die im neuen § 240 Absatz 4a vorgesehenen Regelungen. § 231 Absatz 3 gewährt dem Mitglied, das Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze gezahlt hat, einen Erstattungsanspruch, wenn es innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu zahlen waren, beitragspflichtige Einnahmen nachweist, die unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Die Erstattung beschränkt sich auf den gezahlten Beitragsanteil, der die Beiträge übersteigt, die das Mitglied auf Grundlage der tatsächlich erzielten Einnahmen nach § 240 hätte zahlen müssen. Dabei sind auch die geltenden Mindestbemessungsgrundlagen anzuwenden.
Durch den Erstattungsanspruch wird sichergestellt, dass das Mitglied auch bei Zahlung der Höchstbeiträge einen Anspruch auf Beitragserstattungen hat, sofern seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht wie angenommen die Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 überschritten haben.

§ 232

Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter

(1) [1] Für unständig Beschäftigte ist als beitragspflichtige Einnahmen ohne Rücksicht auf die Beschäftigungsdauer das innerhalb eines Kalendermonats erzielte Arbeitsentgelt bis zur Höhe von einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 zu Grunde zu legen. [2] Die §§ 226 und 228 bis 231 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten.

(2) [1] Bestanden innerhalb eines Kalendermonats mehrere unständige Beschäftigungen und übersteigt das Arbeitsentgelt insgesamt die genannte monatliche Bemessungsgrenze nach Absatz 1, sind bei der Berechnung der Beiträge die einzelnen Arbeitsentgelte anteilmäßig nur zu berücksichtigen, soweit der Gesamtbetrag die monatliche Bemessungsgrenze nicht übersteigt. [2] Auf Antrag des Mitglieds oder eines Arbeitgebers verteilt die Krankenkasse die Beiträge nach den anrechenbaren Arbeitsentgelten.

(3) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.

§ 232a

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) [1] Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zu Grunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2155fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

[2] Bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilunterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen,

ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Teilsatz nicht anzuwenden. [3] Ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(1a) [1] Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. [2] Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. [3] Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

(2) Soweit Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch gewährt wird, gelten als beitragspflichtige Einnahmen nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 80 vom Hundert des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 106 des Dritten Buches.

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 232b

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) [1] Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. [2] Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. [3] Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 233

Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute

(1) Für Seeleute gilt als beitragspflichtige Einnahme der Betrag, der nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung für die Beitragsberechnung maßgebend ist.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.

§ 234

Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten

(1) [1] Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder wird der Beitragsbemessung der dreihundertsechzigste Teil des voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommens (§ 12 des Künstlersozialversicherungsgesetzes), mindestens jedoch der einhundertachtzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde gelegt. [2] Für die Dauer des Bezugs von Elterngeld oder Erziehungsgeld oder für die Zeit, in der Erziehungsgeld nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens nicht bezogen wird, wird auf Antrag des Mitglieds das in dieser Zeit voraussichtlich erzielte Arbeitseinkommen nach Satz 1 mit dem auf den Kalendertag entfallenden Teil zu Grunde gelegt, wenn es im Durchschnitt monatlich 325 Euro übersteigt. [3] Für Kalendertage, für die Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder für die Beiträge nach § 251 Abs. 1 zu zahlen sind, wird Arbeitseinkommen nicht zu Grunde gelegt. [4] Arbeitseinkommen sind auch die Vergütungen für die Verwertung und Nutzung urheberrechtlich geschützter Werke oder Leistungen.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.

§ 235

Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und **Menschen mit Behinderungen** in Einrichtungen

(1) [1] Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **gelten** als beitragspflichtige Einnahmen 80 **Prozent** des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zu Grunde liegt. [2] Das Entgelt ist um den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. [3] Bei Personen, die Teilübergangsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 2 nicht anzuwenden. [4] Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder das Versorgungskrankengeld angepasst, ist das Entgelt um den gleichen Vomhundertsatz zu erhöhen. [5] Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(2) [1] Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 251 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach 80 vom Hundert des Regelentgelts zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgeldes, des Verletztengeldes oder des Versorgungskrankengeldes zu Grunde liegt. [2] Absatz 1 **Satz 4** gilt. [3] Bei Personen, die Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 beziehen, gelten abweichend von Satz 1 als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

(3) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen ist als beitragspflichtige Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu Grunde zu legen.

(4) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 230 Satz 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.

Begründung zum TSVG:

Zur Überschrift

Die Überschrift des § 235 enthält bislang den überholten Begriff „Behinderten“ und wird insofern angepasst.

Zu Absatz 1 Satz 1

Aus redaktionellen Gründen wird § 235 Absatz 1 Satz 1 korrigiert.

Zu Absatz 2 Satz 2

Der Verweis in § 235 Absatz 2 Satz 2 wird korrigiert. Die bisherige Bezugnahme auf Absatz 1 Satz 3 beruht auf einem redaktionellen Versehen, da es bei der Einfügung des Satzes 3 in § 235 Absatz 1 durch Artikel 4 Nummer 5 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970) unterblieben ist, den Verweis in § 235 Absatz 2 Satz 2 zu ändern.

§ 236

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

(1) [1] Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. [2] Änderungen des Bedarfsbetrags sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

(2) [1] § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend. [2] Die nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.

§ 237

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

[1] Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

[2] Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei. [3] Dies gilt entsprechend für **die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für** die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. [4] § 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

Begründung zum TSVG zur Änderung in Satz 3:

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) wurde ab dem 1. Januar 2017 eine Versicherungspflicht für Waisenrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung neu eingeführt (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b). Gleichzeitig wurde für die versicherungspflichtigen Waisenrentner die Beitragsfreiheit der Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sowie der Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung angeordnet. Die Beitragsfreistellung dieser Hinterbliebenenleistungen ist insofern gerechtfertigt, als dass diese Leistungen den durch den Tod eines Elternteils entfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes gegenüber dem verstorbenen Elternteil ersetzen sollen. Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des verstorbenen Elternteils bzw. Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die vom verstorbenen Elternteil abgeleitet werden, haben ebenso die Funktion, den wegfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes zu kompensieren und sind insofern den beitragsfreien Hinterbliebenenleistungen gleichzustellen. Mit der Änderung wird eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung von versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b verhindert, indem die verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen in gleicher Weise beitragsfrei sind.

§ 238

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Erreicht der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 238a

Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen (§ 240 Abs. 1), bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde gelegt.

§ 239

Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

[1] Bei Rentenantragstellern wird die Beitragsbemessung für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. [2] Dies gilt auch für

Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. [3] § 240 gilt entsprechend.

§ 240

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) [1] Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. [2] Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223). [3] **Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen.** [4] **Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat sie die Beiträge des Mitglieds neu festzusetzen.** [5] **Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung.**

(2) [1] Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zu Grunde zu legen sind. [2] Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig. [3] Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 94 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro darf nicht berücksichtigt werden. [4] Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches. [5] Die §§ 223 und 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 und die §§ 238a, 247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) [1] Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. [2] Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) [1] Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. [2] Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend. [3] Satz 1gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) [1] Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. [2] Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. [3] Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheids endgültig festgesetzt. [4] Weist das Mitglied seine tatsächlichen

Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. [5] Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1, 3 und 4 entsprechend. [6] Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden.

(4b) [1] Der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder sind 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu Grunde zu legen, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht. [2] Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Abs. 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigte Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Abs. 3 nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 1 Satz 4 wie folgt:

Durch die rechtsbereinigende Streichung der Verweisung auf Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) eine einheitliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten festgelegt wurde, die in Absatz 4 Satz 1 geregelt ist. Absatz 4 Satz 2, in dem die besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für hauptberuflich Selbstständige geregelt waren, wurde gestrichen. Mit dem Verweis auf die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage wird weiterhin klargestellt, dass für die Anwendung der Regelung die im relevanten Zeitraum geltende und in Bezug auf das Mitglied anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage maßgebend ist.

Begründung zum GKV-VEG:

***Zu Absatz 4* – Anmerkung: Satz 3 bis 6 aufgehoben, Satz 2 durch den 14. Ausschuss aufgehoben.**
Die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen werden bei Selbstständigen nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts festgelegt. Dies ermöglicht Selbstständigen anders als abhängig Beschäftigten eine gewisse Gestaltbarkeit ihres Einkommens, zum Beispiel den Abzug von Betriebsausgaben. Die besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrenzen für freiwillig versicherte Selbstständige dienen daher der Beitragsgerechtigkeit gegenüber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, bei denen das Bruttoarbeitsentgelt der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird.
Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige erfolgt die Beitragsbemessung nach bisheriger Rechtslage mindestens auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe des kalendertäglich 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße. Dies entspricht für das Jahr 2018 einem Betrag von 2 283,75 Euro. Unterschreiten die Einkünfte der Versicherten diesen Wert, ist gleichwohl ein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag von derzeit durchschnittlich 342,56 Euro zu leisten. In Härtefällen sowie als Existenzgründer können freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige, die nachweislich weniger als die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage verdienen, bei ihrer Krankenkasse eine Beitragsreduzierung erwirken. In diesem Fall gilt bislang eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 60. Teils der monatlichen Bezugsgröße von 1 522,50 Euro (im Jahr 2018), der monatliche Mindestbeitrag beträgt dann durchschnittlich 228,38 Euro.
Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt hat zu einer Veränderung der Lebens- und Einkommenssituation bei den Selbstständigen geführt. Die tatsächlichen Einkünfte von hauptberuflich Selbstständigen unterschreiten häufiger die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 2. Um Selbstständige mit geringeren Einkünften künftig erheblich zu entlasten, wird die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige nahezu zu halbiert und auf 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt.

Zu Satz 2 – **Anmerkung: durch 14. Ausschuss aufgehoben**
Die Absenkung auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße tritt nach Artikel 13 Absatz 2 zum 1. Januar 2019 in Kraft und würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige in Höhe von 1 141,88 Euro entsprechen. Bezogen auf das Jahr 2018 würde sich die monatliche Mindestbeitragsbelastung dadurch von durchschnittlich 342,56 Euro auf durchschnittlich 171,28 Euro monatlich reduzieren. Die bisherige Regelung für Existenzgründer wird ersatzlos gestrichen, da auch diese Gruppe von der geänderten niedrigeren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage profitiert.
Zu Satz 3 bis 6
Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben, da mit der Absenkung der Mindestbeiträge für hauptberuflich Selbstständige zugleich auch die bestehende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Härtefälle in Höhe von derzeit 1 522,50 Euro deutlich unterschritten und damit obsolet wird.
Die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage bedeutet somit sowohl für Selbstständige mit geringeren Einkünften als auch für Existenzgründer eine erhebliche Entlastung. Für Letztere bedeutet die vereinbarte Absenkung sogar eine deutliche Entlastung über die Existenzgründungsphase hinaus. In Verbindung mit dem seit 1. Januar 2018 geltenden Beitragsverfahren für freiwillig versicherte Selbstständige, nach dem deren Beiträge grundsätzlich erst vorläufig und erst nach Vorlage des Einkommensteuerbescheids für das Kalenderjahr endgültig festgelegt werden, wird damit krankenversicherungsrechtlich eine Regelung geschaffen, die sich so weit wie möglich an der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Selbstständigen orientiert. Gleichzeitig bedeutet die Absenkung eine erhebliche Entlastung der Krankenkassen von Verwaltungsaufwand, der insbesondere mit der Prüfung der bisherigen Härtefallregelung (Mindestbeitragsbemessungsgrundlage 1 522,50 Euro) verbunden war.
Satz 6 wird infolge der Änderung zu § 10 aufgehoben.

Der 14. Ausschuss begründet das Aufheben von Absatz 4 Satz 2 wie folgt:

Die Streichung der Sätze 3 bis 6 entspricht dem Gesetzentwurf.
Durch die Aufhebung des Satzes 2 werden die freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen mit den übrigen freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf ihre Mindestbeiträge gleichgestellt. Die Mindestbemessungsgrundlage nach Absatz 4 Satz 1 findet nun für alle freiwillig Versicherten Anwendung und entspricht für hauptberuflich Selbstständige dem 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße.
Die Absenkung auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße erfolgt aufgrund des ohnehin nur noch geringfügigen Abstands der im Entwurf vorgesehenen Mindestbemessungsgrundlage (80. Teil der monatlichen Bezugsgröße) zur allgemeinen Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte (90. Teil der monatlichen Bezugsgröße). Auf den Monat gerechnet ergibt sich damit 2019 eine Mindestbemessungsgrundlage in Höhe von 1 038,33 Euro statt 1 168,13 Euro. Einer besonderen Mindestbemessungsgrundlage für Existenzgründer und Härtefälle (derzeit in Höhe des 60.Teils der monatlichen Bezugsgröße) bedarf es damit nicht mehr. Durch die weitere Absenkung werden hauptberuflich Selbstständige mit geringen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages noch mehr entlastet. Bei den Krankenkassen wird es zu entsprechenden Mindereinnahmen kommen. Durch den Wegfall der Prüfung von neben- oder hauptberuflicher Selbstständigkeit verringert sich der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen zusätzlich in nicht quantifizierbarem Umfang.

Begründung zum GKV-VEG zum Anfügen von Absatz 1 Satz 3 bis 5 mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Die Neuregelung betrifft die Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der freiwilligen Mitglieder. Weisen diese ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht nach, müssen sie gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 Beiträge nach einem fiktiven Bemessungsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 und damit den Höchstbeitrag zahlen. Freiwillige Mitglieder sollen dadurch angehalten werden, die ihnen obliegende gesetzliche Pflicht, bei der Feststellung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch Vorlage von Einkommensnachweisen mitzuwirken, zu erfüllen. Wird der Nachweis niedrigerer Einnahmen nach bestehender Rechtslage nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Festsetzung des Höchstbeitrages erbracht, müssen diese Mitglieder Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 leisten, auch wenn dies nicht ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht. Nach bisheriger Rechtslage ist in diesen Fällen eine Änderung dieser Beitragseinstufung grundsätzlich nur für die Zukunft und nicht mehr für vergangene Zeiträume möglich. Nunmehr werden flexiblere Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfeststellung geschaffen. Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 ermöglicht es dem freiwilligen Mitglied durch Nachweis geringerer Einnahmen die Festsetzung zum Höchstbeitrag für vergangene Zeiträume zu ändern. Die Krankenkassen haben bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer

Nebenbestimmung versehen, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Durch die Neuregelung erhält das Mitglied nunmehr die gesetzlich vorgesehene Option, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Zwangsfestsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einnahmen nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beitragslast für diese nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen. Damit soll vermieden werden, dass nur aufgrund eines zu engen Zeitfensters für die Nachreichung von Nachweisen „fiktive" und häufig nicht realisierbare Beitragsschulden entstehen oder weiter aufgebaut werden. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben. Werden die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge nach Absatz 4a vorläufig festgesetzt, sind die dortigen Regelungen als speziellere Normen vorrangig anzuwenden.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung auf den Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder der Sozialhilfe nach SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse sollte zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und die Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. Die „hinreichenden Anhaltspunkte" stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse eigenverantwortlich ausgelegt und angewandt werden muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen hierzu einheitliche Vorgaben abstimmen werden.

Die Regelung gilt zeitlich unbeschränkt und bezieht sich auf alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung. Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver" Beitragsschulden und setzt für die Betroffenen Anreize, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderungen in Absatz 4 und das Einfügen von Absatz 4a wie folgt:

Durch die Neuregelungen in § 240 Absatz 4 und 4a wird sichergestellt, dass das bei freiwillig versicherten Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung der Beitragsbemessung zugrunde zu legende Arbeitseinkommen sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung den tatsächlich im jeweiligen Kalenderjahr erzielten beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen und Einnahmeschwankungen vollständig berücksichtigt werden. Zukünftig ist die Beitragsbemessung weder durch die Bearbeitungszeiten bei der zuständigen Finanzbehörde noch durch eine verzögerte Abgabe von Einkommensteuererklärungen beeinflussbar.

Die bisherige Regelung des § 240 Absatz 4 Satz 6 sah vor, dass Änderungen der Beitragsbemessung ausschließlich für die Zukunft wirksam werden, d. h. frühestens ab dem auf die Ausstellung des Einkommensteuerbescheids folgenden Monat. Nach den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 10. Dezember 2014, war bislang nur für hauptberuflich selbständige Existenzgründer und bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung eine vorläufige Beitragseinstufung vorgesehen.

Die neuen – verwaltungseffizient ausgestalteten – Regelungen sehen vor, dass die von selbständigen Mitgliedern zu zahlenden, nach dem beitragspflichtigen Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheids vorläufig festgesetzt werden. Nach Vorlage des Einkommenssteuerbescheids für das Kalenderjahr erfolgen die endgültige Beitragsfestsetzung rückwirkend entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen sowie die erneute vorläufige Festsetzung der Beiträge für die Zukunft. Gleiches gilt insbesondere auch für die über den Einkommensteuerbescheid nachzuweisenden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, da auch diese zu den Einnahmen gehören, die typischerweise starken Schwankungen unterworfen sind, und deren Höhe erst nachträglich über den Einkommensteuerbescheid endgültig festgestellt wird.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt wie bisher nach Absatz 1 Satz 1 und 2 die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige kann dazu z. B. die Beitragsbemessung bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung gehören. Auch die Regelung, wonach bei Nichtvorlage von Nachweisen über die beitragspflichtigen Einnahmen für alle freiwillig versicherten Mitglieder der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag gilt, bleibt bestehen.

Im Hinblick auf das im Zusammenhang mit einer nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegebenen Wahlerklärung bei Arbeitsunfähigkeit zu berechnende Krankengeld ergeben sich durch die Neuregelungen keine Änderungen. Für die Berechnung des Krankengeldes für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt nach

§ 47 Absatz 4 Satz 2 als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Damit ist das Regelentgelt, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Krankengeldberechnung maßgeblich war, unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach dem neuen § 240 Absatz 4a Satz 3 endgültig festzustellen. Dabei wird berücksichtigt, dass der Versicherte typischerweise zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf das Krankengeld angewiesen ist und die Bewilligung zeitnah zum Ausfall des zu ersetzenden Einkommens erfolgen muss. Dem wird Rechnung getragen, wenn als Regelentgelt im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit auf diejenigen Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis abgestellt wird, die anhand einfach festzustellender Tatsachen rasch und verwaltungspraktikabel ermittelt werden können. Dies trägt der Funktion des Krankengeldes Rechnung, den Entgeltersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen.

Zu Absatz 4 **– Anmerkung: Satz 5 aufgehoben durch GKV-VEG**

Absatz 4 Satz 5 stellt klar, dass Absatz 4a auch im Falle der Beitragsfestsetzung aufgrund der nach den Sätzen 3 und 4 in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 10. Dezember 2014 geregelten Härtefallregelung für hauptberuflich Selbständige Anwendung findet. Hauptberuflich Selbständige können somit nach dem neuen Satz 5 die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße nicht nur für die Zukunft, sondern auch im Rahmen der endgültigen Beitragsberechnung nach Absatz 4a Satz 3 rückwirkend für das jeweilige Kalenderjahr durch Vorlage entsprechender Nachweise veranlassen.

Zu Absatz 4a

Absatz 4a regelt das neue System der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Selbständige in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Satz 1 und 2

Erzielt das Mitglied allein oder neben anderen beitragspflichtigen Einnahmen Arbeitseinkommen, erfolgt die Festsetzung der Beiträge zunächst vorläufig. Die Vorläufigkeit der Beitragsfestsetzung erstreckt sich insbesondere auf das Arbeitseinkommen und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (Satz 5). Die vorläufigen Beiträge werden auf Grundlage des zuletzt ausgestellten Einkommensteuerbescheids festgesetzt, sofern eine Veranlagung zur Einkommensteuer bereits erfolgt ist.

Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt.

Reicht das Mitglied Nachweise auf Verlangen der Krankenkasse nicht ein, werden die vorläufigen Beiträge von freiwillig versicherten selbständig erwerbstätigen Mitgliedern für die Zukunft entsprechend Absatz 1 Satz 2, zweiter Halbsatz auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Dies stellt sicher, dass den Krankenkassen unverändert ein Sanktionierungsinstrument zur Verfügung steht, sofern das Mitglied seinen Mitwirkungspflichten nach § 206 nicht nachkommt. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung sind die Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen kommt.

Zu Satz 3

Mit Vorlage des Einkommensteuerbescheids sind die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, endgültig festzusetzen. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung sind diese Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen oder Nacherhebungen von Beiträgen kommen kann. Zugleich sind die vorläufigen Beiträge für die Zukunft auf Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides neu festzusetzen. Auf diese Weise wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen möglichst gering gehalten, da die ermittelte Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen auf Grundlage des eingereichten Einkommensteuerbescheides sowohl für die rückwirkende endgültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid die tatsächlichen Einkünfte nachweist, als auch für die vorläufige Beitragsfestsetzung für die Zukunft maßgebend ist.

Zu Satz 4

Hinsichtlich der endgültigen Beitragsfestsetzung wird geregelt, dass die Beiträge selbständig erwerbstätiger Mitglieder für das jeweilige Kalenderjahr endgültig auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt werden, wenn das Mitglied seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nachweist. Die endgültige Beitragsberechnung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze ist ausschließlich für das Kalenderjahr vorzunehmen, für das die Nachweise nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf eingereicht wurden. Die vorläufige Beitragsberechnung für die darauffolgenden Kalenderjahre bleibt solange bestehen, bis auch für diese Jahre die Dreijahresfrist abgelaufen ist.

Zu Satz 5

Das neu eingeführte Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung für Beiträge aus dem Arbeitseinkommen wird auf die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung übertragen, weil insbesondere auch diese Einnahmen nachträglich über den aktuellen Einkommensteuerbescheid nachzuweisen sind. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob das freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte selbständige Mitglied daneben ein beitragspflichtiges Arbeitseinkommen erzielt.

Zu Satz 6
Die Beiträge für Mitglieder, deren zuletzt erlassener Einkommensteuerbescheid Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ausweist oder die erklären, dass sie über Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verfügen, werden auch für die Zukunft auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze endgültig berechnet.
Dies dient der Vermeidung unnötigen zusätzlichen Verwaltungsaufwands: Für Mitglieder, die bereits für ein gesamtes Kalenderjahr Höchstbeiträge geleistet haben und die diese auch weiterhin zu zahlen haben oder zahlen wollen, muss – wie bisher – kein weiterer Beitragsbescheid mit der endgültigen aber unveränderten Beitragshöhe erlassen werden. Zugleich werden unnötige Prüfungen weiterer Einkommenssteuerbescheide entbehrlich.
Für den Fall, dass dennoch Änderungen in den Einkommensverhältnissen des Mitglieds eintreten, die zu niedrigeren Beiträgen geführt hätten, steht ihm nach § 231 Absatz 3 ein Erstattungsanspruch für den Fall des Nachweises niedrigerer beitragspflichtiger Einnahmen zu. Das Mitglied wird dadurch Mitgliedern mit Einkünften unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gleichgestellt.

Dritter Titel

Beitragssätze, Zusatzbeitrag

§ 241

Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 242

Zusatzbeitrag

(1) [1] Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. [2] Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). [3] Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen. [4] **Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse den nach § 260 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 maßgeblichen Betrag überschreiten.**

(2) [1] Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. [2] Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. [3] Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. [4] Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) [1] Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,

2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,
4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

[2] Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) [1] Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. [3] Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Begründung zum GKV-VEG zum Anfügen von Absatz 1 Satz 4 mit Wirkung ab 18. Oktober 2018:

Die Regelung sieht ein temporäres Verbot der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes vor und ergänzt damit die Neuregelungen in den §§ 260 und 261. Diese verpflichten die Krankenkassen, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, mit dem Ziel, diese zugunsten der Mitglieder über die Zusatzbeitragssätze abzubauen, wenn sie die nach § 260 Absatz 2 maßgebliche Obergrenze überschreiten. Die Krankenkassen dürfen nach Satz 4 daher ihre Zusatzbeiträge solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. Maßgeblich für die Prüfung der Aufsichtsbehörden, ob die definierte Obergrenze zum Zeitpunkt einer geplanten Zusatzbeitragsanhebung überschritten wird, sind die nicht für laufende Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage, die in den zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkasse gemäß § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV) ausgewiesen werden.

Mit der Regelung wird dem besonderen rechtlichen Charakter der Sozialversicherungsbeiträge Rechnung getragen. Das Bundesverfassungsgericht führte hierzu aus, dass sich Sozialversicherungsbeiträge „durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung“ auszeichnen (siehe hierzu und zum Folgenden BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005, Az. 2 BvF 2/01). Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge stellte das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich fest: „Die Beiträge sind gemäß § 220 Absatz 1 SGB V so zu bemessen, dass sie die vorgesehenen Ausgaben decken. Zu hohe Beiträge sind zwingend zu verringern, zu niedrige zu erhöhen (vgl. § 220 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 SGB V).“ Dieser Grundsatz gilt entsprechend für die Bemessung der Zusatzbeiträge (vgl. § 242 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 243

Ermäßigter Beitragssatz

[1] Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. [2] Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b. [3] Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung wie folgt:

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung in § 240 angepasste Verweisungsregelung.

§ 244

Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) [1] Bei Einberufung zu einem Wehrdienst wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. [2] Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) [1] Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. [2] Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

§ 245

Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes.

(2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 246

Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.

§ 247

Beitragssatz aus der Rente

[1] Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. [2] Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228

Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes **und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.** [3] Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-VEG die Änderung in Satz 2 wie folgt:

Versicherungspflichtige, die ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 beziehen, haben in Bezug auf diese ausländischen Renten nach § 247 Satz 2 Beiträge in Höhe der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zu entrichten.
Durch die Verringerung des Beitrags auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der ausländische Leistungsträger der Rente sich nicht hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt. Die Krankenversicherungsbeiträge aus ausländischen Renten werden allein vom Rentner getragen (§ 249a Satz 3).
Durch die Ergänzung der Regelung um die Berücksichtigung nur des hälftigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes wird der Grundgedanke der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Empfängerinnen und Empfänger ausländischer Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 konsequent nachvollzogen.

§ 248

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

[1] Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. [2] **Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.** [3] Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.

Begründung zum GKV-VEG zur Neufassung von Satz 2:

Im geltenden Recht sind die Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberenten nach dem ALG mit Ausnahme einer Übergangshilfe bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten und Landabgaberenten den Empfängerinnen und Empfängern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 gleichgestellt. Die Schaffung der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, wird hiermit auch für die Versicherungspflichtigen nachvollzogen, die eine Rente oder Landabgaberente von der landwirtschaftlichen Alterskasse beziehen. Da nur der halbe Beitragssatz bei der Rentenempfängerin oder dem Rentenempfänger erhoben wird, kann die Regelung nicht wie für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragstragung erfolgen, sondern muss beim Beitragssatz vorgenommen werden. Durch die Änderung wird zusammen mit der Änderung in § 39 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die Gleichbehandlung der Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberenten der landwirtschaftlichen Alterskasse erreicht, unabhängig davon, ob sie in der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Vierter Titel

Tragung der Beiträge

§ 249

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

(1) [1] **Beschäftigte, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 13 versicherungspflichtig sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.** [2] Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b.

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein für Beschäftigte, soweit Beiträge für Kurzarbeitergeld zu zahlen sind.

*(3) [1] Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz **zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes** auf das der Beschäftigung zu Grunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird, im Übrigen vom Versicherten getragen. [2] Dies gilt auch für Personen, für die § 7 Absatz 3 Anwendung findet.

*Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Juli 2019 werden die Wörter „der Gleitzone“ durch die Wörter „des Übergangsbereichs“ ersetzt (vgl. Artikel 6 Absatz 2 RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz)

Begründung zum GKV-VEG:

Zu Absatz 1 Satz 1
Nach bislang geltender Rechtslage tragen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und 13 gemäß § 249 Absatz 1 Satz 1 die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz. Den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz hat die versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmerin oder der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer selbst zu tragen. Mit der Rechtsänderung wird erreicht, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden und somit auch der bisherige Zusatzbeitrag paritätisch finanziert wird.
Zur Umsetzung wird in § 249 Absatz 1 geregelt, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sich hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen der Mitglieder zu beteiligen haben. Damit erfasst die Neuregelung aufgrund der Regelung in § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242. Die Regelung gilt aufgrund der Verweisung in § 257 Absatz 1 auf § 249 auch für den Beitragszuschuss der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers für abhängig Beschäftigte, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und daher freiwillig gesetzlich versichert sind.
Die Regelung tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.
Zu Absatz 3 Satz 1
Mit der Änderung wird die zu Absatz 1 Satz 1 erläuterte paritätische Tragung des Zusatzbeitragssatzes gleichermaßen auch bei Beschäftigungsverhältnissen in der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 SGB IV umgesetzt.

§ 249a

Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

[1] **Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.** [2] Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. [3] Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.

Begründung zum GKV-VEG:

Zu Satz 1
Durch die Änderung des § 249a Satz 1 wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen. Die Rentenversicherungsträger haben die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d. h. einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu tragen. Bei der Umsetzung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages können die Rentenversicherungsträger das sogenannte Kontoauszugsverfahren nach § 255 Absatz 1 Satz 2 anwenden. Dadurch wird Verwaltungsaufwand vermieden, in dem in der überwiegenden Zahl der Fälle von der Erteilung eines schriftlichen Bescheides durch den Rentenversicherungsträger abgesehen werden kann.
Zu Satz 2
Die Änderung in § 249a Satz 2 trifft eine Regelung für die beitragsfreie Waisenrente nach § 48 SGB VI, für die der Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nunmehr einschließlich des Zusatzbeitrags trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

§ 249b

Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

[1] Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, einen Beitrag in Höhe von 13 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. [2] Für Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 des Vierten Buches, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 5 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. [3] Für den Beitrag des Arbeitgebers gelten der Dritte Abschnitt des Vierten Buches sowie § 111 Abs. 1 Nr. 2 bis 4, 8 und Abs. 2 und 4 des Vierten Buches entsprechend.

§ 249c

Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

[1] Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. [2] Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 250

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,
2. dem Arbeitseinkommen,
3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1

allein.

(2) Freiwillige Mitglieder, in § 189 genannte Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.

(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge allein.

§ 251

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) [1] Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,
2. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt; im Übrigen gilt § 249 Abs. 1 entsprechend.

[2] Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten. [3] Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 gelten für einen anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches entsprechend.

(3) [1] Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. [2] Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Abs. 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. [3] Bei einer Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt.

(4) [1] Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II. [2] Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. [3] Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. [4] Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. [5] Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. [6] Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.

(4c) Für Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, trägt der Träger der Einrichtung die Beiträge.

(5) [1] Die Krankenkasen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. [2] In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. [3] Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte

zu erteilen. [4] Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; der Beauftragte muss zustimmen. [5] Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. [6] Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. [7] Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. [8] Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

Fünfter Titel

Zahlung der Beiträge

§ 252

Beitragszahlung

(1) [1] Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. [2] Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) [1] Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. [2] Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. [3] Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. [4] Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) [1] Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. [2] Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. [3] Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(3) [1] Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. [2] Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. [3] Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig,

nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 253

Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gelten die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den §§ 28d bis 28n und § 28r des Vierten Buches.

§ 254

Beitragszahlung der Studenten

[1] Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann andere Zahlungsweisen vorsehen. [3] Weist ein als Student zu Versichernder die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzbuchs auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

§ 255

Beitragszahlung aus der Rente

(1) [1] Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und zusammen mit den von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu zahlen. [2] Bei einer Änderung in der Höhe der Beiträge ist die Erteilung eines besonderen Bescheides durch den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich.

(2) [1] Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Abs. 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. [2] Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. [3] Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem von ihm zu tragenden Anteil an den Aufwendungen für die Krankenversicherung.

(3) [1] Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. [2] Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. [3] Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. [4] Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesversicherungsamt bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.

§ 256

Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

(1) [1] Für Versicherungspflichtige haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. [2] Die zu zahlenden Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig. [3] Die Zahlstellen haben der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen; § 28f Absatz 3 Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. [4] Die Beitragsnachweise sind von den Zahlstellen durch Datenübertragung zu übermitteln; § 202 Absatz 2 gilt entsprechend. [5] Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge.

(2) [1] § 255 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. [2] Die Krankenkasse zieht die Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen ein. [3] Dies gilt nicht für Beiträge aus Nachzahlungen auf Grund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung. [4] Die Erstattung von Beiträgen obliegt der zuständigen Krankenkasse. [5] Die Krankenkassen können mit den Zahlstellen der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(3) [1] Die Krankenkasse überwacht die Beitragszahlung. [2] Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. [3] § 98 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) – aufgehoben

Begründung zum TSVG mit Wirkung ab 1. Juli 2019 (vgl. Artikel 17 Absatz 3a):

Zu Absatz 1 Satz 1
Die Pflicht der Zahlstellen von Versorgungsbezügen nach § 229, die Beiträge aus den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen (sogenanntes Zahlstellenverfahren) gilt bisher nur für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Der Bezug von Versorgungsleistungen nach § 229 ist jedoch zunehmend nicht an den zeitgleichen Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt. Mit der Gesetzesänderung wird das Zahlstellenverfahren für alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger vorgesehen. Dies dient einem möglichst bürokratiearmen und wirtschaftlichen Beitragseinzug unter Nutzung der etablierten Prozesse des Zahlstellenverfahrens und Zahlstellen-Meldeverfahrens. Insofern ist für alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger eine aufwändige Beitragserhebung durch die Krankenkasse mittels Verwaltungsakt gegenüber einem einzelnen Bezieher einer Versorgungsleistung ausgeschlossen.
***Zu Absatz 4* – aufgehoben**
Kleinere Zahlstellen können sich bisher von der Beitragsabführungspflicht bzw. dem sogenannten Zahlstellenverfahren befreien lassen. Diese Ausnahmeregelung entfällt. Aufgrund der heutigen technischen Möglichkeiten ist es auch kleineren Zahlstellen zumutbar, Beiträge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen und Beitragsnachweise an die Krankenkasse auf elektronischem Weg zu übermitteln. Vor diesem Hintergrund erfordert die bisherige Ausnahmeregelung, wonach die mögliche Freistellung vom Zahlstellenverfahren bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragt werden muss, einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

§ 256a

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2)[1] Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die

Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. [2] Satz 1 gilt für bis zum 31. Juli 2013 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. [2] Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.

Zweiter Abschnitt

Beitragszuschüsse

§ 257

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) [1] Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. [2] **Satz 1 gilt für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, deren Mitgliedschaft auf der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 beruht, entsprechend.** [3] Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) [1] Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. [2] Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 **zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a** und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. [3] Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. [4] Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241. [5] Absatz 1 **Satz 3** gilt.

(2a) [1] Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

[2] Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(3) [1] Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. [2] Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beziehers von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. [3] Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) [1] Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. [2] Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Begründung zum GKV-VEG:

Zu Absatz 1 Satz 2

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Tatbestand der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

Nehmen ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf, führt dies bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a nicht zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach tritt insbesondere dann keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein, wenn unmittelbar im Anschluss an die Dienstzeit über 55-jährige ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Treten diese Beschäftigten jedoch nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 8 der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied bei, müssten sie nach der bisherigen Rechtslage die aus dem Arbeitsentgelt zu leistenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung allein tragen. Darin liegt eine Ungleichbehandlung der betroffenen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Arbeitgeber gegenüber anderen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beschäftigten und deren nach § 257 Absatz 1 zum Beitragszuschuss verpflichteten Arbeitgeber, für die belastbare Differenzierungskriterien nicht vorliegen. Daher ist die Regelung zum Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 1 Satz 1 für den Personenkreis der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 als freiwilliges Mitglied beigetreten sind, entsprechend anzuwenden.

Zu Absatz 2

Zu Satz 2

Durch die Änderung des § 257 Absatz 2 Satz 2 wird die Einbeziehung des Zusatzbeitrags in die Berechnung des vom Arbeitgeber zu finanzierenden Beitragsanteils auch für diejenigen abhängig Beschäftigten nachvollzogen, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben bzw. auf Grund der Regelung nach § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Der Zuschuss des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag erstreckt sich folglich auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, höchstens jedoch in der Höhe der Hälfte des Beitrages, den die oder der Beschäftigte für ihre oder seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Damit wird sichergestellt, dass die Höhe des Anspruchs auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar mit der Höhe des Beitrags des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte ist.

Zu Satz 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Absatz 1 Satz 2.

§ 258

Beitragszuschüsse für andere Personen

[1] In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. [2]Als Zuschuss ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist. [3] § 257 Abs. 2a gilt entsprechend.

Dritter Abschnitt

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 259

Mittel der Krankenkasse

Die Mittel der Krankenkasse umfassen die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen.

§ 260

Betriebsmittel

(1) Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden

1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten; die Aufgaben der Krankenkassen als Pflegekassen sind keine gesetzlichen Aufgaben im Sinne dieser Vorschrift,
2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen.

(2) [1] **Die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht übersteigen.** [2] **Auf Antrag einer Krankenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 50 000 Mitglieder verfügt, kann die zuständige Aufsichtsbehörde eine Obergrenze zulassen, die den Betrag nach Satz 1 übersteigt, soweit dies erforderlich ist.** [3] Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Krankenkasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage oder dem Verwaltungsvermögen zuzuordnen sind. [4] Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

(2a) [1] **Die den Betrag nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 übersteigenden Mittel sind innerhalb der drei folgenden Haushaltsjahre schrittweise mindestens in Höhe eines Drittels des Überschreitungsbetrages pro Jahr durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu vermindern.** [2] **Die zuständige Aufsichtsbehörde kann die Frist nach Satz 1 auf Antrag der Krankenkasse um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.**

(3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im Übrigen so anzulegen, dass sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke verfügbar sind.

(4) Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 nach Ablauf der Frist nach Absatz 2a den nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.

(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem 1. Januar 2020 und nur dann anzuwenden, wenn der Risikostrukturausgleich gemäß § 268 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde.

Begründung zum GKV-VEG zur Änderung in Absatz 1 und zum Anfügen von Absatz 2a, 4 und 5 mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Absatz 2 Satz 1 und 2
Betriebsmittel sind nach § 81 des Vierten Buches in Verbindung mit § 260 kurzfristig verfügbare Mittel, die der Versicherungsträger zum Bestreiten seiner laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich

von Einnahme- und Ausgabeschwankungen bereithalten muss. Die hierfür verwendeten Betriebsmittel sollen nach derzeitigem Recht dabei grundsätzlich im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das 1,5-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe nicht übersteigen (§ 260 Absatz 2). Die Regelung ist bislang als Soll-Vorschrift ausgestaltet, so dass im Einzelfall Ausnahmen zulässig sein können. Dies hat in der Praxis dazu geführt, dass eine Reihe von Krankenkassen in zunehmendem Maße Finanzreserven vorhalten, die diesen Wert deutlich übersteigen, ohne diese zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge zu vermindern.

Die in § 260 vorgesehene Obergrenze ist in der Gesamtschau mit der Regelung in § 261, der die besonderen Grenzwerte für die Rücklagen bestimmt, als Obergrenze der nicht zur Bestreitung laufender Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklagen zu verstehen. Damit wird für die Obergrenze eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Die nach § 260 gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen bestehend aus Betriebsmitteln zuzüglich der Rücklagen wird auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Dadurch sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihre Finanzreserven deutlich stärker abzubauen als bisher. Die bislang geltende Obergrenze für Betriebsmittelreserve und Rücklagen in Höhe des 1,5-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe resultiert aus einer Zeit, in der die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen. Die bestehende Obergrenze entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf der Krankenkassen, um ihre konstante Leistungsfähigkeit sicherzustellen und wird daher auf einen Betrag des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben nach dem Haushaltsplan der Krankenkassen abgesenkt.

Für Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung können die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist. Erforderlichkeit liegt insbesondere dann vor, wenn die Krankenkasse Zusatzbeitragssätze unterhalb des Durchschnitts erhebt und dadurch bei weiterer Absenkung der Zusatzbeitragssätze dem Ausgabenrisiko sprunghafter erheblicher Mitgliederzuwächse und einer veränderten Risikostruktur der Versicherten ausgesetzt ist.

Zu Absatz 2a

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreitungsbetrags.

Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Zu Absatz 4 und 5

Die Vorschrift sieht vor, dass Krankenkassen, die ihre Finanzreserven entsprechend den vorgegebenen Fristen nach Absatz 2a nicht abgebaut haben und die nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen haben. Auf diese Weise sollen Krankenkassen mit ganz erheblichen Finanzreserven dazu gebracht werden, diese konsequent abzubauen, und ihren Zusatzbeitrag so festzusetzen, dass der Aufbau neuer Finanzreserven verhindert wird, um eine Auszahlung an den Gesundheitsfonds zu vermeiden. Nach erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen auch weiterhin die Vorgaben nach Absatz 2a zu beachten. Übersteigen die Finanzreserven erneut das 1,0-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe, hat die Krankenkasse nach Absatz 2a somit im Regelfall erneut drei Jahre Zeit, die Mittel abzubauen.

Die Finanzreserven sind auch Ergebnis des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein wesentliches Gestaltungselement dieses Wettbewerbs ist der Risikostrukturausgleich (RSA). Die Koalitionspartner haben vereinbart, den RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reform müssen für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar sein. Daher wird diese Verpflichtung erst ab dem 1. Januar 2020 angewendet und nur, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform nach § 268 Absatz 5 erfolgt ist.

§ 261

Rücklage

(1) Die Krankenkasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.

(2) [1] Die Satzung bestimmt die Höhe der Rücklage in einem Vomhundertsatz des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 genannten Zwecke (Rücklagesoll). [2] Die Rücklage muss mindestens ein Viertel des Betrages der auf den Monat entfallenden Ausgaben nach Satz 1 betragen.

(3) [1] Die Krankenkasse kann Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können. [2] In diesem Fall soll die Rücklage in Anspruch genommen werden, wenn dadurch Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 während des Haushaltsjahres vermieden werden.

(4) Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage im Regelfall mit einem Betrag in Höhe von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen.

(5) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln zuzuführen.

(6) [1] Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, dass sie für den nach Absatz 1 genannten Zweck verfügbar ist. [2] Sie wird vorbehaltlich des § 262 von der Krankenkasse verwaltet.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Absatz 2 Satz 2
Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und den nicht zur Bestreitung laufender Ausgaben benötigten Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich.

§ 262

Gesamtrücklage

(1) [1] Die Satzungen der Landesverbände können bestimmen, dass die von den Verbandsmitgliedern zu bildenden Rücklagen bis zu einem Drittel des Rücklagesolls von dem Landesverband als Sondervermögen (Gesamtrücklage) verwaltet werden. [2] Die Gesamtrücklage ist vorrangig vor dem von der Krankenkasse verwalteten Teil der Rücklage aufzufüllen.

(2) [1] Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge und die aus den Veräußerungen erwachsenden Gewinne der Gesamtrücklage werden gegen die aus Veräußerungen entstehenden Verluste ausgeglichen. [2] Der Unterschied wird auf die beteiligten Krankenkassen nach der Höhe ihres Rücklageguthabens beim Landesverband im Jahresdurchschnitt umgelegt.

(3) [1] Ergibt sich nach Absatz 2 ein Überschuss, wird er den Krankenkassen ausgezahlt, deren Rücklageguthaben beim Landesverband den nach Absatz 1 bestimmten Anteil erreicht hat. [2] Ist dieses Rücklageguthaben noch nicht erreicht, wird der Überschuss bis zur Höhe des fehlenden Betrages nicht ausgezahlt, sondern gutgeschrieben. [3] Ergibt sich nach Absatz 2 ein Fehlbetrag, wird er dem Rücklageguthaben der Krankenkassen zur Last geschrieben.

(4) [1] Die Krankenkasse kann über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband erst verfügen, wenn die von ihr selbst verwalteten Rücklagemittel verbraucht sind. [2] Hat die Krankenkasse ihr Rücklageguthaben verbraucht, kann sie von dem Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten. [3] Die Satzung des Landesverbands trifft Regelungen über die Voraussetzungen der Darlehensgewährung, die Rückzahlung und die Verzinsung.

(5) Die Gesamtrücklage ist so anzulegen, dass sie für die in § 261 Abs. 1 und 4 genannten Zwecke verfügbar ist.

§ 263

Verwaltungsvermögen

(1) [1] Das Verwaltungsvermögen der Krankenkasse umfasst

1. Vermögensanlagen, die der Verwaltung der Krankenkasse sowie der Führung ihrer betrieblichen Einrichtungen (Eigenbetriebe) zu dienen bestimmt sind,
2. die zur Anschaffung und Erneuerung dieser Vermögensteile und für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen bereitgehaltenen Geldmittel,

soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. [2] Zum Verwaltungsvermögen gehören auch Grundstücke, die nur teilweise für Zwecke der Verwaltung der Krankenkasse oder für Eigenbetriebe erforderlich sind.

(2) Als Verwaltungsvermögen gelten auch sonstige Vermögensanlagen auf Grund rechtlicher Verpflichtung oder Ermächtigung, soweit sie nicht den Betriebsmitteln, der Rücklage oder einem Sondervermögen zuzuordnen sind.

§ 264

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(1) [1] Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird. [2] Die Krankenkasse ist zur Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird. [3] Die Vereinbarung über die Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für den in Satz 2 genannten Personenkreis hat insbesondere Regelungen zur Erbringung der Leistungen sowie zum Ersatz der Aufwendungen und Verwaltungskosten nach Satz 1 zu enthalten; die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte kann vereinbart werden. [4] Wird von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis gefordert, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung verpflichtet. [5] Zudem vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden Rahmenempfehlungen zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis. [6] Die Rahmenempfehlungen nach Satz 5, die von den zuständigen Behörden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und den Krankenkassen nach den Sätzen 1 bis 3 sowie von den Vertragspartnern auf Landesebene nach Satz 4 übernommen werden sollen, regeln insbesondere die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen nach Satz 1. [7] Bis zum Inkrafttreten einer Regelung, wonach die elektronische Gesundheitskarte bei Vereinbarungen nach Satz 3 zweiter Halbsatz die Angabe zu enthalten hat, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt, stellen die Vereinbarungspartner die Erkennbarkeit dieses Status in anderer geeigneter Weise sicher.

*(2) [1] Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Kankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert

sind, wird von der Krankenkasse übernommen. [2] Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

*Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2020 werden in Satz 1 nach den Wörtern „nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches“ ein Komma und die Wörter „nach dem Teil 2 des Neunten Buches“ eingefügt (vgl. Artikel 6 Nummer 13a und Artikel 26 Absatz 4 BTHG).

(3) [1] Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. [2] Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. [3] Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) [1] Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. [2] Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291. [3] Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Mitglied“, für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Rentner“. [4]Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung „Familienversicherte“.

(5) [1] Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. [2] Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die elektronische Gesundheitskarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. [3] Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. [4] Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) [1] Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 87a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. [2] Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. [3] Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) [1] Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. [2] Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. [3] Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

Vierter Abschnitt

Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

§ 265

Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle

[1] Die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen können eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwändige Leistungsfälle und für andere aufwändige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. [2] Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden; Näheres über Voraussetzungen, Rückzahlung und Verzinsung regelt die Satzung des Verbandes.

§ 265a

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) [1] Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. [2] Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. [3] In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird. [4] Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen der Mitglieder beschlossen.

(2) [1] Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. [2] Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. [3] Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. [4] Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. [2] Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen sind die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b angemessen zu berücksichtigen. [3] Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt.

§ 265b

Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) [1] Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,
2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder
3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

[2] In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. [3] § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. [4] Die Verbände nach § 172 Absatz 2 Satz 1

haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.

§ 266

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

(1) [1] Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270). [2] Mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

(2) [1] Die Grundpauschale und die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen. [2] Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, dass das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.

(3) – weggefallen

(4) [1] Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2 bleiben außer Betracht

1. die von Dritten erstatteten Ausgaben,
2. Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

[2] Aufwendungen für eine stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1) sind in die Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Satz 1 einzubeziehen. [3] Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Vertragsärzte und -zahnärzte.

(5) [1] Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. [2] Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisung nach Absatz 2 Satz 1 jährlich bekannt

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268 Abs. 1), und
2. die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge.

[3] Das Bundesversicherungsamt kann zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(6) [1] Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Satz 2 Nr. 1 und 2 vorläufig fest. [2] Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1, die zuletzt erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen und die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und je Morbiditätsgruppe nach § 268 zu Grunde. [3] Nach Ablauf des Kalenderjahres ist die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. [4] Die nach Satz 2 erhaltenen

Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen. [5] Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach Satz 3 auszugleichen. [6] Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. [7] Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung.

(7) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Ermittlung der Höhe der Grundpauschale nach Absatz 1 Satz 1 und ihre Bekanntgabe an die Versicherten, der Werte nach Absatz 5 sowie die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikoausgleichsverfahrens erforderlichen Daten,
2. die Abgrenzung der Leistungsausgaben nach Absatz 2, 4 und 5; dabei können für in § 267 Abs. 3 genannte Versichertengruppen abweichend von Absatz 2 Satz 3 besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden,

2a. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der sonstigen Ausgaben nach § 270, sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung dieser Ausgaben,

3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten,
4. die Berechnungsverfahren sowie die Durchführung des Zahlungsverkehrs einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Erhebung von Säumniszuschlägen,
6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
7. die Festsetzung der Stichtage und Fristen nach § 267; anstelle des Stichtages nach § 267 Abs. 2 kann ein Erhebungszeitraum bestimmt werden,
8. die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,
9. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.

[2] Abweichend von Satz 1 können die Verordnungsregelungen zu Absatz 4 Satz 2 und Satz 1 Nr. 3 ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden.

(8) – weggefallen

(9) Die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt am Risikostrukturausgleich nicht teil.

§ 267

Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens.

(2) [1] Die Krankenkassen erheben jährlich zum 1. Oktober die Zahl der Mitglieder und der nach § 10 versicherten Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht. [2] Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

1. die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, die Mitglieder nach § 46 Satz 3 einen Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an haben oder die Mitglieder eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 abgegeben haben,
2. die Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften dieses Buches beschränkt hat oder
3. die Mitglieder nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben.

[3] Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt erhoben.

(3) [1] Die Krankenkassen erheben in Abständen von längstens drei Jahren, erstmals für das Geschäftsjahr 1994, nicht versichertenbezogen die in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben und die Krankengeldtage auch getrennt nach den Altersgruppen gemäß Absatz 2 Satz 1 und nach dem Geschlecht der Versicherten, die Krankengeldausgaben nach § 44 und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in Absatz 2 Satz 2 genannten Mitgliedergruppen; die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden mit Ausnahme der Leistungen nach § 266 Abs. 4 Satz 2 nicht erhoben. [2] Bei der Erhebung nach Satz 1 sind die Leistungsausgaben für die Gruppe der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist getrennt zu erheben. [3] Die Leistungsausgaben für die Gruppen der Versicherten nach Absatz 2 Satz 4 sind bei der Erhebung nach den Sätzen 1 bis 3 nach Versichertengruppen getrennt zu erheben. [4] Die Erhebung der Daten nach den Sätzen 1 bis 3 kann auf für die Region und die Krankenkassenart repräsentative Stichproben im Bundesgebiet oder in einzelnen Ländern begrenzt werden. [5] Der Gesamtumfang der Stichproben beträgt höchstens 10 vom Hundert aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebung nach den Absätzen 1 und 3 bis zum 31. Mai des Folgejahres, die Ergebnisse der Datenerhebung nach Absatz 2 spätestens drei Monate nach dem Erhebungsstichtag über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Stelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor.

(5) [1] Für die Datenerfassung nach Absatz 3 können die hiervon betroffenen Krankenkassen auf der elektronischen Gesundheitskarte auch Kennzeichen für die Mitgliedergruppen nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 verwenden. [2] Enthält die elektronische Gesundheitskarte Kennzeichnungen nach Satz 1, übertragen Ärzte und Zahnärzte diese Kennzeichnungen auf die für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Verordnungsblätter und Überweisungsscheine oder in die entsprechenden elektronischen Datensätze. [3] Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer verwenden die Kennzeichen nach Satz 1 bei der Leistungsabrechnung; sie weisen zusätzlich die Summen der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge in der Leistungsabrechnung gesondert aus. [4] Andere Verwendungen der Kennzeichen nach Satz 1 sind unzulässig. [5] Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer stellen die für die Datenerfassung nach den Absätzen 1 bis 3 notwendigen Abrechnungsdaten in geeigneter Weise auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(6) [1] Die Krankenkassen übermitteln den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 sowie die Versicherungsnummern nach § 147 des Sechsten Buches der bei ihnen pflichtversicherten Rentner. [2] Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich bis zum 31. Dezember auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1 die Information, welche Versicherten eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. [3] Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach Satz 2 auf die Deutsche Post AG übertragen; die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die Deutsche Post AG. [4] § 119 Abs. 6 Satz 1 des Sechsten Buches gilt. [5] Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 3 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1, sobald sie

ihre Aufgaben nach diesem Absatz durchgeführt haben. [6] Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. [7] Die Daten nach Satz 2 sind zu löschen, sobald der Risikostrukturausgleich nach § 266 durchgeführt und abgeschlossen ist.

(7) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere über

1. den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3 und
2. das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1.

[2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart

1. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 und
2. mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6.

(8) – weggefallen

(9) Die Kosten werden getragen

1. für die Erhebung nach den Absätzen 1 und 2 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Erhebung nach Absatz 3 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
3. für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach Absatz 5 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den übrigen Leistungserbringern,
4. für die Meldung nach Absatz 6 von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung.

(10) Die Absätze 1 bis 9 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.

§ 268

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) [1] Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 2 sind vom 1. Januar 2009 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden (Morbiditätsgruppen), die zugleich

1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,
3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und
5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zu Grunde legen.

[2] Im Übrigen gilt § 266.

(2) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. [2] In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt.

(3) [1] Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 Satz 5 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und 2002 als Stichproben entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versichertentage und die Leistungsausgaben in der

Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

1. Krankenhaus einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 7 und 9 sowie die Angabe des Tages der Aufnahme und der Aufnahmediagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution und ohne die Uhrzeit der Entlassung,
2. stationäre Anschlussrehabilitation einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 und 7, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
3. Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1,
4. Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,
5. vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der abgerechneten Punktzahlen und Kosten und der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4, jedoch ohne den Tag der Behandlung,
6. der Leistungserbringer nach § 302 einschließlich der Diagnose, des Befunds und des Tages der Leistungserbringung, jedoch ohne die Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie ohne die Arztnummer des verordnenden Arztes,
7. die nach den Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben ohne die Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 4 Satz 1.

[2] Sofern die Erhebung nach Satz 1 Nummer 1 bis 7 Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beinhaltet, dürfen ausschließlich Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen verarbeitet oder genutzt werden, die von den Krankenkassen nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden. [3] Die für die Stichprobe erforderlichen versichertenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren. [4] Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. [5] Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nr. 5 bis spätestens 1. Juli des Folgejahres. [6] Die Daten sind vor der Übermittlung mit einem Pseudonym je Versicherten zu versehen, das den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierfür von den Krankenkassen übermittelt wird. [7] Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über ihren Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. [8] Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 7 übermittelten Daten erforderlich ist. [9] Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen. [10] Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen bis zum 31. März 2002 im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 sowie in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über den Umfang der Stichproben und das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung. [11] In der Vereinbarung nach Satz 10 kann die Stichprobenerhebung ergänzend auch auf das erste Halbjahr 2003 erstreckt werden. [12] § 267 Abs. 9 und 10 gilt. [13] Kommen die Vereinbarungen nach Satz 10 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2002 in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verfahren. [14] Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für seine weitere Entwicklung zu erheben sind, Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig ist, Satz 2 gilt entsprechend; im Übrigen gilt § 267.

(4) [1] Die Krankenkassen erheben vom 1. Juli 2017 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten. [2] Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. [3] § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

(5) Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.

Begründung zum GKV-VEG zum Anfügen von Absatz 5 mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Das im November 2017 durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegte Sondergutachten zu den Wirkungen des RSA hat u. a. gezeigt, dass im RSA systematische Über- und Unterdeckungen auf Versichertengruppenebene bestehen. Eine ungleiche Verteilung dieser Versichertengruppen auf die Krankenkassen kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Darüber hinaus untersucht der Wissenschaftliche Beirat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit derzeit die regionale Verteilungswirkung des RSA. Auf der Grundlage dieser Gutachten ist der RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Absatz 4 wie folgt:

Für Zwecke der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs und seiner Datengrundlagen sind eine regionale Zuordnung der Versicherten und damit die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnorts durch die Krankenkassen notwendig. Auf Grundlage dieser Daten können wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesversicherungsamts (BVA) erfolgen.

Auch für die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273) ist die regionale Zuordnung der Versicherten erforderlich. Das BVA benötigt für seine Prüfung zur Feststellung von Auffälligkeiten und die Einzelfallprüfung bei betroffenen Krankenkassen nach § 273 Absatz 2 und 3 eine Regionalkennziffer als zusätzliches Analysemerkmal, um bei der Untersuchung der von den Krankenkassen übermittelten Daten auch regionale Auffälligkeiten feststellen zu können. Dies verbessert zum Beispiel die Möglichkeit, Auffälligkeitsprüfungen im Hinblick auf die Entwicklung der übermittelten Diagnosekodierungen im Bereich der sog. Selektivverträge durchzuführen. Auch regional durchgeführte, unzulässige Nacherfassungen von Diagnosen können so besser erkannt werden.

Der amtliche Gemeindeschlüssel ist für diese Zielsetzungen als Regionalkennziffer am besten geeignet. Versicherte, die ihren Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben, sind bei der Erhebung nicht zu erfassen, da für diese Versicherten kein amtlicher Gemeindeschlüssel existiert. Für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten gelten die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 7 entsprechend. Damit ist der Datenschutz für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung dieser personenbezogenen Daten sichergestellt. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Die Erhebungspflicht für die Krankenkassen beginnt am 1. Juli 2017, so dass die erstmalige Lieferung des amtlichen Gemeindeschlüssels für das Berichtsjahr 2016 an das BVA am 15. August 2017 möglich ist.

§ 269

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes ab dem Ausgleichsjahr 2013 um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt.

(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, ist ab dem Ausgleichsjahr 2013 die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen.

(3) [1] Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. [2] Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. [3] § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. [4] Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtenauftrags ist der beauftragten Person

oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. [5] Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ebenso Einsicht in die d 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 gelten für einen anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches entsprechend. ieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, L 200 vom 7.6.2004, S. 1, L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.

(3a) [1] Das Bundesversicherungsamt gibt Folgegutachten in Auftrag, mit denen insbesondere die in den Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle auf Grundlage der nach § 30 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach den Absätzen 3b und 3c erhobenen Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen. [2] Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtenauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 30 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach Absatz 3d übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu gewähren. [3] Absatz 3 Satz 3 und 5 gilt entsprechend.

(3b) [1] Im Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Krankengeldausgaben der Krankenkassen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. [2] Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:

1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage,
4. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einschließlich des Datums der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und des Beginns der Arbeitsunfähigkeit,
5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
6. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
7. den Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Vierten Buches sowie
8. die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Vierten Buches.

(3c) [1] Im Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für diese Versichertengruppe insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblichen

Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. [2] Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:

1. das Grenzgängerkennzeichen,
2. das Länderkennzeichen des Wohnstaats.

[3] Darüber hinaus erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse, und übermittelt diese an das Bundesversicherungsamt. [4] Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung nach Satz 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [5] Es kann auch bestimmt werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, weitere für das Gutachten nach Satz 1 erforderliche nicht personenbezogene Daten zu Abrechnungen von Versicherten nach Satz 1 erhebt und an das Bundesversicherungsamt übermittelt.

(3d) [1] Die Daten nach den Absätzen 3b und 3c Satz 1 und 2 sind dem Bundesversicherungsamt erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 zu übermitteln; für die Erhebung und Übermittlung der Daten gilt § 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9 entsprechend. [2] Das Nähere über die zeitliche Zuordnung, zum Umfang sowie zum Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. [3] Die Nutzung der Daten nach den Absätzen 3b und 3c ist auf die Zwecke nach den Absätzen 3b und 3c beschränkt. [4] Das Bundesversicherungsamt oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, kann den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen ausschließlich für die Zwecke der Folgegutachten nach den Absätzen 3b und 3c die jeweils erforderlichen versichertenbezogenen Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 in pseudonymisierter oder anonymisierter Form übermitteln, wenn eine ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme nach Absatz 3a Satz 2 und 3 aus organisatorischen oder technischen Gründen nicht ausreichend ist. [5] Die nach Satz 4 übermittelten Daten sind von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen jeweils unverzüglich nach Übergabe der Gutachten an das Bundesversicherungsamt zu löschen. [6] Die Löschung ist von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen dem Bundesversicherungsamt oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nachzuweisen.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3d, insbesondere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben, zum Verfahren einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs sowie zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Einfügen von Absatz 3a bis 3d und die Änderung in Absatz 4 Satz 1 wie folgt:

Zu Absatz 3a

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat in seinem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 auf erheblichen Forschungsbedarf bei der zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, hingewiesen. Aufgrund der Komplexität dieser Thematik wurde mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um in den genannten Bereichen zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Mit dieser Vorschrift wird geregelt, dass auf der Grundlage der nach Absatz 3 erstellten Gutachten sowie gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer wissenschaftlicher Ergebnisse nun Folgegutachten zu erstellen sind. In diesen Folgegutachten sollen unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an die Weiterentwicklung des RSA (§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4) ausgewählte Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung

der standardisierten Ausgaben für Auslandsversicherte auf Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen geprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgabe, die Modelle zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, bedeutet, dass die Modelle im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens in einem nächsten Schritt die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können. Die Überprüfung der Modelle auf der Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen ist insbesondere notwendig, um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Gutachten nach Absatz 3 auf Basis von Stichproben konzipierten Modelle keiner stichprobenbedingten Verzerrung unterliegen. Durch die Regelung in den Sätzen 2 und 3 wird klargestellt, dass die begutachtenden Personen bzw. Personengruppen (nachfolgend: die Gutachter) Einsicht in die von den Krankenkassen erhobenen und dem BVA zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA übermittelten Daten, in die bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) vorliegenden Daten sowie in die von den Krankenkassen nach den Absätzen 3b und 3c neu zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten nehmen können. D. h. den Gutachtern wird ein Einsichtsrecht im Sinne des § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b erste Alternative des Zehnten Buches in die im Gesetzestext genannten Daten beim BVA bzw. der DVKA eingeräumt.

Zu Absatz 3b

Die Regelung umfasst die zusätzliche Erhebung der Daten, die entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig sind zur Weiterentwicklung der dort entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld. Die Daten sollen – entsprechend der Zweckbindung der Datenerhebung für die Erstellung der Gutachten – als Vollerhebung für die Berichtsjahre 2016 und 2017 erhoben werden. Zur näherungsweisen Bestimmung der versichertenindividuellen Krankengeldzahlbeträge („Preiseffekt" beim Krankengeld) sind von den Krankenkassen jeweils die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit bzw. aus dem Bezug von Arbeitslosengeld zu melden sowie die Tage, an denen diese Einkommen jeweils erzielt wurden (Nummern 1, 2 und 3). Zudem sind Daten zur Morbidität (Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen – Nummer 4) und zu den jeweiligen Leistungsausgaben für Krankengeld und den jeweiligen Bezugszeiträumen (Nummern 5 und 6) zu übermitteln sowie Daten, mit denen die Modelle nach der jeweils ausgeübten Tätigkeit der Versicherten (Nummer 7) oder Merkmalen des jeweiligen Beschäftigungsbetriebs (Nummer 8) differenziert werden könnten. Mit Hilfe der versichertenbezogenen Daten zu den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen (Nummer 4) kann überprüft werden, ob die zusätzliche Berücksichtigung der krankengeldspezifischen Morbidität die Ausgestaltung zielgenauerer Modelle zum Krankengeld ermöglicht. Von der Regelung sind auch die Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen erfasst, die auf im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a von Krankenhäusern ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anzugeben sind, da hierfür nach § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Durch die versichertenbezogenen Leistungsausgaben für das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 sowie die Bezugstage (Nummern 5 und 6) lassen sich die Modelle nach normalem Krankengeld und dem sogenannten Kinderpflegekrankengeld differenzieren. Mit den Daten zu den Tätigkeitsschlüsseln (Nummer 7) bzw. den betriebsbezogenen Merkmalen (Nummer 8) kann überprüft werden, ob eine Differenzierung der Modelle nach Branche oder Tätigkeit der Versicherten zu einer zielgenaueren Zuweisung führt.

Zu Absatz 3c

Es wird geregelt, dass von den Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 als Vollerhebung versichertenbezogen das Grenzgängerkennzeichen (Kennzeichnung von Versicherten, die in Deutschland arbeiten und krankenversichert sind, aber im Ausland wohnen) und das Länderkennzeichen (Kennzeichnung des Wohnstaats der Versicherten) erhoben werden. Diese Daten sind entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig, um die Zuweisungen länderspezifisch differenzieren sowie die Finanzwirkung der Leistungsinanspruchnahme durch Grenzgänger analysieren und in den ausgewählten Modellen zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte berücksichtigen zu können. In Satz 3 werden zudem Datenlieferungen der DVKA an das BVA vorgegeben. Bei diesen Daten handelt es sich nicht um versichertenbezogene Daten, sondern um aggregierte Abrechnungsbeträge und damit um anonymisierte Daten. Es wird geregelt, dass die DVKA die landesspezifischen Abrechnungsbeträge zu erheben und dem BVA zu übermitteln hat. Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum genauen Umfang der von der DVKA zu erhebenden und zu übermittelnden Daten bestimmt das BVA im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hier sind auch die Lieferfristen zu regeln. Zudem kann die Lieferung weiterer, für Zwecke des Folgegutachtens zu den Auslandsversicherten erforderlicher nicht personenbezogener Daten durch die DVKA an das BVA vereinbart werden. Diese können sich auf weitere Angaben, wie etwa die Anzahl der abgerechneten Fälle je Wohnstaat oder vergleichbare aggregierte Daten, erstrecken.

Zu Absatz 3d

Es wird bestimmt, dass die Daten nach den Absätzen 3b und 3c dem BVA erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu übermitteln sind. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Fragen des Datenumfangs bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsver-

ringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Zudem wird für das BVA und die DVKA die Möglichkeit geschaffen, die ihnen vorliegenden, für die Gutachtenserstellung jeweils erforderlichen Daten an die Gutachter zu übermitteln, falls die ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme gemäß Absatz 3a aus technischen oder organisatorischen Gründen unzureichend ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Bearbeitung der gutachterlichen Fragestellungen einer besonderen räumlichen oder informationstechnischen Infrastruktur bedarf, die nicht ohne erheblichen Aufwand bereitgestellt werden kann. Die Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA liegen beim BVA bereits in pseudonymisierter Form vor. Gleiches wird für die nach den Absatz 3b Satz 2 und Absatz 3c Satz 2 für die Erstellung der Folgegutachten zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten gelten. Bei der DVKA ist die Pseudonymisierung oder Anonymisierung der Daten vor Einsichtnahme bzw. Übermittlung an die Gutachter herzustellen, sofern es sich dabei um versichertenbezogene Daten handelt. Die Daten dürfen jeweils ausschließlich für die in den Absätzen 3b und 3c genannten Zwecke (Gutachtenerstellung) genutzt werden. Nach Übergabe der jeweiligen Gutachten an das BVA sind die an die Gutachter übermittelten Daten unverzüglich zu löschen. Diese Löschung ist gegenüber dem BVA oder der DVKA in Form eines Löschprotokolls nachzuweisen, aus dem Datums- und Zeitangabe der Löschung, das Löschverfahren sowie die Person, welche die Löschung vorgenommen hat, hervorgehen. Bei den in Absatz 3c Satz 3 genannten Daten (Datenlieferung der DVKA an das BVA) ist dies nicht erforderlich, da es sich hier nicht um versichertenbezogene, sondern um statistische – und somit anonymisierte – Daten handelt.
Zu Absatz 4 Satz 1
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

§ 270

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

(1) [1] Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

a) ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53,

b) ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 näher zu bestimmen sind sowie

c) ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.

[2] § 266 Abs. 5 Satz 1 und 3, Abs. 6 und 9 gilt entsprechend.

(2) [1] Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen nicht versichertenbezogen jährlich die Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und die Verwaltungsausgaben. [2] § 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und § 267 Absatz 4 gelten entsprechend.

(3) [1] Das Bundesversicherungsamt mindert für eine Krankenkasse, die laut erstmaliger Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 11 ihrer Verpflichtung nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht nachgekommen ist, die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c um 2,5 Prozent. [2] Die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 für eine Krankenkasse um 7,5 Prozent zu mindern, wenn in dem auf das jeweilige Ausgleichsjahr folgenden Jahr eine weitere Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 11 und 12 zu derselben Krankenkasse erfolgt. [3] Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag der Krankenkasse in einem Bescheid mit. [4] Klagen gegen die Höhe der Sanktion haben keine aufschiebende Wirkung.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Anfügen von Absatz 3 wie folgt:

Bei Krankenkassen, die die gesetzliche Vorgabe nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht fristgemäß umgesetzt haben, werden die Zuweisungen des Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent gekürzt. Die Kürzung erfolgt auch für die Folgejahre so lange, bis die Krankenkasse der Verpflichtung, ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, zum 1. Januar eines Jahres nachkommt und dementsprechend der Spitzenverband Bund der Kranken-

kassen für diese Krankenkasse keine Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 11 bzw. 12 an das Bundesversicherungsamt abgibt. Die Kürzung erfolgt mit voller Jahreswirkung und damit unabhängig davon, ob nach dem Stichtag 1. Januar die Krankenkasse die Verpflichtung erfüllt. Die Sanktionshöhe steigt auf 7,5 Prozent für die Krankenkassen, die zum 1. Januar 2022 oder später weiterhin keine elektronische Patientenakte nach § 291a Absatz 5c Satz 4 bereitstellen.
Etwaige Sanktionsbeträge werden erst nach der Neuberechnung der Zuweisungen für die standardisierten Verwaltungsausgaben und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen berechnet und von den entsprechenden Zuweisungen der Krankenkassen abgezogen. Dies führt dazu, dass die Sanktionsbeträge bei der Neuberechnung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach § 41 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 RSAV nicht berücksichtigt werden. Sie haben keine mindernde Wirkung bei der Berechnung. Die Berechnung erfolgt weiterhin auf Basis der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr. Bei der Neuermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 41 Absatz 2 RSAV für den Jahresausgleich, der im Jahr der Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 11 und 12 erfolgt, wird für die Höhe der standardisierten Verwaltungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c entsprechend der Wert herangezogen, der sich ohne Sanktionsbetrag ergeben würde.
Dies führt im Ergebnis dazu, dass das RSA-Zuweisungsvolumen um den gesamten Sanktionsbetrag verringert wird. Dieser wird nicht über angepasste Verwaltungsausgabenzuweisungen sowie die mitgliederbezogene Veränderung an alle Krankenkassen wieder ausgeschüttet, sondern fließt somit in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.
Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag den betroffenen Krankenkassen in einem Bescheid mit. Dies kann zum Beispiel im Rahmen des Jahresausgleichsbescheides erfolgen.

§ 270a

Einkommensausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.

(2) [1] Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. [2] Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 ab, wird der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt.

(4) [1] Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden. [2] Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. [3] § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. [4] Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.

§ 271

Gesundheitsfonds

(1) Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus:

1. den von den Einzugsstellen nach § 28k Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches und nach § 252 Abs. 2 Satz 3 eingezogenen Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung,

2. den Beiträgen aus Rentenzahlungen nach § 255,
3. den Beiträgen nach § 28k Abs. 2 des Vierten Buches,
4. der Beitragszahlung nach § 252 Abs. 2 und
5. den Bundesmitteln nach § 221.

(1a) [1] Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden. [2] Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.

(2) [1] Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. [2] Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. [3] Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. [4] **Sie darf einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten.** [5] **Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 für das jeweilige Folgejahr abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.** [6] Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 4 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, werden nach § 92a Absatz 3 Satz 5 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt. [7] **Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.**

(2a) [1] Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. [2] Das Darlehen ist innerhalb von sechs Monaten zurückzuzahlen. [3] Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) [1] Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. [2] Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. [3] Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

(4) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(5) Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 269 und 270 genannten Zweck verfügbar sind.

(6) [1] Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. [2] Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 2 Satz 7
Die Vorschrift enthält die Rechtsgrundlage für die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019.

Begründung zum GKV-VEG mit Wirkung ab 15. Dezember 2018:

Zu Absatz 2 Satz 4 und 5
Durch die Regelung wird eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Das entspricht im Jahr 2018 rund 9,5 Milliarden Euro. Eine Obergrenze ist bislang gesetzlich nicht geregelt, vielmehr darf die Liquiditätsreserve lediglich eine Mindestreserve von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds (2018 rund 4,6 Milliarden Euro) nicht unterschreiten (§ 271 Absatz 2 Satz 3).
Durch die Regelung können eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds vermieden, die Finanzmittel an die Krankenkassen zur Senkung der Zusatzbeiträge weitergegeben und Anlageverluste des Gesundheitsfonds in Niedrigzinsphasen reduziert werden. Die Regelung setzt voraus, dass die voraussichtlicheHöhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre überschreitet. Maßgeblich hierfür ist die Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Folgejahr. Liegen die Voraussetzungen vor, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen. Somit steht mehr Geld für die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Verfügung und wirkt sich dämpfend auf die Höhe der zu erhebenden Zusatzbeiträge aus.

§ 271a

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

(1) [1] Steigen die Beitragsrückstände einer Krankenkasse erheblich an, so hat die Krankenkasse nach Aufforderung durch das Bundesversicherungsamt diesem die Gründe hierfür zu berichten und innerhalb einer Frist von vier Wochen glaubhaft zu machen, dass der Anstieg nicht auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist. [2] Entscheidungserhebliche Tatsachen sind durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen.

(2) [1] Werden die entscheidungserheblichen Unterlagen nicht vorgelegt oder reichen diese nicht zur Glaubhaftmachung eines unverschuldeten Beitragsrückstandes aus, wird die Krankenkasse säumig. [2] Für jeden angefangenen Monat nach Aufforderung zur Berichtslegung wird vorläufig ein Säumniszuschlag in Höhe von 10 Prozent von dem Betrag erhoben, der sich aus der Rückstandsquote des die Berichtspflicht auslösenden Monats abzüglich der des Vorjahresmonats oder der des Vorjahresdurchschnitts der Krankenkasse, multipliziert mit den insgesamt zum Soll gestellten Beiträgen der Krankenkasse des die Berichtspflicht auslösenden Monats, ergibt. [3] Es wird der jeweils niedrigere Wert zur Berechnung der Säumniszuschläge in Ansatz gebracht.

(3) [1] Die Krankenkasse erhält ihre Säumniszuschläge zurück, wenn sie innerhalb einer angemessenen, vom Bundesversicherungsamt festzusetzenden Frist, die im Regelfall drei Monate nach Eintritt der Säumnis nach Absatz 2 nicht unterschreiten soll, glaubhaft macht, dass die Beitragsrückstände nicht auf eine Pflichtverletzung ihrerseits zurückzuführen sind. [2] Anderenfalls werden die Säumniszuschläge endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(4) [1] Bleiben die Beitragsrückstände auch nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 erheblich im Sinne des Absatzes 1 und ist die Krankenkasse säumig im Sinne des Absatzes 2, ist von einer fortgesetzten Pflichtverletzung auszugehen. [2] In diesem Fall soll das Bundesversicherungsamt den Säumniszuschlag um weitere 10 Prozentpunkte pro Monat bis zur vollen Höhe des für die Berechnung der Säumniszuschläge zu Grunde gelegten Differenzbetrages nach Absatz 2 erhöhen. [3] Diese Säumniszuschläge gelten als endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(5) Klagen gegen die Erhebung von Säumniszuschlägen haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) § 28r des Vierten Buches und § 251 Abs. 5 Satz 2 bleiben unberührt.

§ 272 – weggefallen

§ 273

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) [1] Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der folgenden Absätze die Datenmeldungen der Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14, insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen. [2] § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) [1] Das Bundesversicherungsamt unterzieht die Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 5 einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit. [2] Die Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 4 und 6 bis 7 kann das Bundesversicherungsamt einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. [3] Die Prüfung erfolgt als kassenübergreifende Verleichsanalyse. [4] Der Vergleichsanalyse sind geeignete Analysegrößen, insbesondere Häufigkeit und Schweregrad der übermittelten Diagnosen, sowie geeignete Vergleichskenngrößen und Vergleichszeitpunkte zugrunde zu legen, um Veränderungen der Daten und ihre Bedeutung für die Klassifikation der Versicherten nach Morbidität nach § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erkennbar zu machen. [5] Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) [1] Hat das Bundesversicherungsamt eine Auffälligkeit nach Absatz 2 festgestellt, unterzieht es die betroffene Krankenkasse insbesondere wegen der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 einer Einzelfallprüfung. [2] Das Gleiche gilt auch dann, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 nicht eingehalten hat. [3] Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des Bundesversicherungsamts diesem weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in einer von diesem gesetzten angemessenen Frist zu liefern; legt die Krankenkasse die geforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist vor, kann das Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen. [4] Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen. [5] Das Bundesversicherungsamt kann die betroffene Krankenkasse auch vor Ort prüfen. [6] Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. [7] Die von den Krankenkassen übermittelten Daten dürfen ausschließlich für die Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit nach Absatz 2 sowie für die Einzelfallprüfung nach diesem Absatz verarbeitet oder genutzt werden.

(4) [1] Das Bundesversicherungsamt stellt als Ergebnis der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 fest, ob und in welchem Umfang die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 eingehalten hat. [2] Hat die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 nicht oder nur teilweise eingehalten, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 für diese Krankenkasse zu kürzen sind. [3] Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags und die Kürzung der Zuweisungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates.

(5) [1] Das Bundesversicherungsamt teilt der betroffenen Krankenkasse seine Feststellung nach Absatz 4 Satz 1 und den Korrekturbetrag nach Absatz 4 Satz 2 mit. [2] Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Neufassung von Absatz 3 Satz 3 wie folgt:

Das BVA ist bei der Prüfung nach § 273 Absatz 3 auf die Kooperation der Krankenkassen angewiesen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung von Unterlagen, mit Hilfe derer die Schadenshöhe, die sich aus den in unzulässiger Weise gemeldeten Diagnosedaten ergibt, ermitteln lässt. Da sich bei bisherigen Prüfungen gezeigt hat, dass Krankenkassen sich teilweise einer Kooperation entziehen und die angeforderten Auskünfte und Nachweise nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an das BVA liefern,

wird mit dieser Regelung klargestellt, dass die Krankenkassen zur Mitwirkung bei der Aufklärung verpflichtet sind. Für den Fall, dass sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann das BVA ein Zwangsgeld nach § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen. Bei der Festlegung der Frist, innerhalb derer die Krankenkassen die geforderten Auskünfte und Nachweise vorlegen müssen, hat das BVA einen Ermessensspielraum. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird durch die Neufassung des § 273 Absatz 3 Satz 3 gewahrt. Das BVA erhält die Möglichkeit, ein Zwangsgeld in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro zu verhängen. Für Klagen gegen die Festsetzung des Zwangsgelds gilt § 273 Absatz 5 Satz 2.

Fünfter Abschnitt

Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

§ 274

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

(1) [1] Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften zu prüfen. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit hat mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c zu prüfen. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die der Aufsicht des Bundesversicherungsamts unterstehen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die ihrer Aufsicht unterstehen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten. [4] Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfasst die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. [5] Krankenkassen, die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. [6] Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. [7] **Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen.** [8] **Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.**

(2) [1] Die Kosten, die den mit der Prüfung befassten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen ab dem Jahr 2009 nach der Zahl ihrer Mitglieder. [2] Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regeln für die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Bundesministerium für Gesundheit, für die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. [3] Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen selbst. [4] Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. [5] Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die vom Bundesministerium des Innern [jetzt: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat] erstellten Übersichten über die Personalkostenansätze des laufenden Rechnungsjahres für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger einschließlich der Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes/Beschäftigten in der Bundesverwaltung, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zu Grunde zu legen. [6] Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, gilt die Übersicht des Bundesministeriums des Innern [jetzt: Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat] entsprechend. [7] Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen.

[8] Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. [9] Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. [10] Die Prüfungskosten nach Satz 1 werden um die Prüfungskosten vermindert, die von den in Satz 3 genannten Stellen zu tragen sind.

(3) [1] Das Bundesministerium für Gesundheit kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen erlassen. [2] Dabei ist ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Prüfungseinrichtungen vorzusehen.

(4) Der Bundesrechnungshof prüft die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absatz 1 Satz 7 und 8:

Anmerkung: Siehe Änderung durch den 14. Ausschuss (Befugnis für alle mit der Prüfung befassten Stellen)

Zur Unterstützung der Prüfung des GKV-Spitzenverbandes, des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 274 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 282 Absatz 4 Satz 2 soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen kann. Besondere Fälle liegen insbesondere dann vor, wenn während der Prüfung eine besondere Problemstellung erkannt wird, die Spezialwissen erfordert und durch eine externe Bewertung dieses Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Der Prüfauftrag an externe Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer bzw. spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien soll auf bestimmte Prüfthemen beschränkt sein. Die privaten Prüfeinrichtungen sind im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit tätig. Die Letztverantwortung für die Prüfung nach § 274 wird dadurch nicht berührt und verbleibt beim Bundesministerium für Gesundheit. Die anfallenden Kosten sind Kosten der Prüfung und werden von den zu prüfenden Stellen getragen. Die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien ist ein Teil der Prüfung nach § 274 und daher durch die geprüfte Einrichtung zu finanzieren. Da die Beauftragung innerhalb des Prüfzeitraums von fünf Jahren nur in besonderen Fällen erfolgen soll, ist eine geringe jährliche Belastung der Körperschaften auf Bundesebene zu erwarten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Der Gesetzentwurf sieht bislang die Möglichkeit der Beauftragung externer Expertinnen und Experten im Rahmen der Prüfungen nach § 274 lediglich für das Bundesministerium für Gesundheit vor. Die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder können jedoch gleichermaßen auf besondere Problemstellungen stoßen, die Spezialwissen erfordern und bei denen durch eine externe Bewertung des Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Daher soll die entsprechende Befugnis auf sämtliche mit der Prüfung nach § 274 Absatz 1 befassten Stellen ausgedehnt werden.

Zudem erfordert das Prüfthema Informationstechnologie (insbesondere Datenschutz/Datensicherheit und Digitalisierung) aufgrund seiner Komplexität eine umfassende Qualifikation und Spezialwissen. Insofern ist es für die Prüfdienste sinnvoll, auch zu diesem Thema die Unterstützung von externen Spezialisten in Anspruch nehmen zu können. Der Begriff IT-Berater ist nach deutschem Recht keine geschützte Berufsbezeichnung, so dass grundsätzlich Berater mit unterschiedlichen Studiengängen oder beruflichen Hintergründen in Betracht kommen. Bei der Auswahl der IT-Berater ist darauf zu achten, dass die betreffende Person eine anerkannte und geprüfte Qualifikation im Bereich der Informations- und Telekommunikationstechnik vorweisen kann.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Zu Absatz 1 Satz 2, 3 und 5 – GE – Anmerkung: durch den 14. Ausschuss entfallen

Die fünfjährige Prüfung von Geschäfts-, Rechnungs- und Wirtschaftsführung des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch das BMG bzw. das Bundesversicherungsamt wird gestrichen. Angesichts der gestiegenen Anforderungen insbesondere auch im Compliance Bereich bedarf es einer Stärkung und Professionalisierung der Prüfungen in diesem Bereich. Daher werden diese Prüfungen auf externe Prüfeinrichtungen übertragen. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu § 78 Absatz 6 und § 217d Absatz 4 entsprechend.

Zu Absatz 1 Satz 6

Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung müssen die mit der Prüfung der Krankenkassen befassten Stellen eine Vielzahl von Daten bei den Krankenkassen anfordern. Zur effektiven und wirtschaftlichen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen ist es notwendig, dass sie auf die für die Prüfung benötigten Unterlagen in einheitlicher elektronischer Form zurückgreifen können. Die bisherige Regelung zur Vorlage-

pflicht bedarf daher einer Ergänzung, die dieser IT-geprägten Weiterentwicklung des Prüfgeschehens Rechnung trägt. Mit der Ergänzung der Vorschrift wird eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung von Daten in einer von den mit der Prüfung befassten Stellen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes vorab definierten Form eingeführt. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sind die Vorgaben des § 78a SGB X und dessen Anlage zu den organisatorischen und technischen Maßnahmen insbesondere zur Gewährleistung der Datensicherheit bei der Übermittlung zu beachten. Darüber hinaus werden die allgemeinen Anforderungen an die Verfahren der Datenübermittlung über sichere Kommunikationswege zwischen Krankenkassen und den mit der Prüfung gefassten Stellen in einer näheren Bestimmung zur Bereitstellung der zu prüfenden Daten von den mit der Prüfung befassten Stellen konkretisiert.
Zu Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 – GE – Anmerkung: durch den 14. Ausschuss entfallen
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Absatz 1. Durch das Entfallen der Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch das BMG bzw. das Bundesversicherungsamt entfällt insoweit auch die Verpflichtung zur Kostentragung.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Absatz 2
Die Prüfungspflicht der Körperschaften durch externe Prüfeinrichtungen wird aufgehoben. Es bleibt bei der geltenden Rechtslage der turnusmäßigen Prüfung durch das Bundesversicherungsamt.
Zu Absatz 1 Satz 6
Die bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Datenübermittlung verbleibt als Absatz 1 Satz 6.

NEUNTES KAPITEL

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Erster Abschnitt

Aufgaben

§ 275

Begutachtung und Beratung

(1) [1] Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
   a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
   b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen. [2] **Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.**

(1a) [1] Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchst. b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

[2] Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. [3] Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. [4] Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) – aufgehoben

(1c) [1] Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. [2] Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. [3] Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. [4] Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung),
2. – weggefallen
3. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),
4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(4) [1] Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. [2] Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(4a) [1] Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. [2] Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. [3] § 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. [4] Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern [jetzt: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat] vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. [5] Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

(5) [1] Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. [2] Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absarz 1 Satz 2 :

Der Verweis auf das nach dem neuen § 87 Absatz 1c im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren in § 275 Absatz 1 Satz 2 dient zur Klarstellung, dass eine von § 275 abweichende Aufgabenregelung für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen besteht.

Der 14. Ausschuss begründet das Aufheben von Absatz 1b wie folgt:

Absatz 1 Satz 2 entspricht dem Inhalt des Gesetzesentwurfs. Die Streichung des § 275 Absatz 1b ist eine Folgeänderung der Aufhebung der arztbezogenen Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung in § 106a.

§ 275a

Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(1) [1] Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. [2] Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. [3] Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

(2) [1] Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. [2] Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. [3] Gegenstand dieser Aufträge können sein

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

[4] Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit. [5] Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

(3) [1] Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. [2] Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.

(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 2 Satz 5 wie folgt:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V. Diese Ergänzung macht deutlich, dass der G-BA in Krankenhäusern auch Kontrollen durch den MDK vorsehen kann, die im Rahmen von Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind. Da bei Stichprobenprüfungen die einzubeziehenden Krankenhäuser zufällig ausgewählt werden, kann in diesen Fällen der Vorgabe des § 275a Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht entsprochen werden, nach der der Auftrag zur Kontrolle durch den MDK in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen muss, die Auslöser für die Kontrolle sind. Die Folgeänderung schließt deshalb die Geltung der Vorgabe des § 275a

Absatz 2 Satz 2 SGB V für die Fälle aus, in denen Kontrollen durch den MDK zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten im Rahmen von Stichprobenprüfungen erfolgen. Für die Stichprobenprüfungen gilt nach § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Voraussetzung der Erforderlichkeit; das heißt, sie müssen zur Datenvalidierung notwendig sein und ihr Umfang muss nach wissenschaftlichen Kriterien bestimmt werden.

§ 275b

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

(1) [1] Die Landesverbände der Krankenkassen **und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich** veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend. [2] Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. [3] Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. [4] § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. [5] Die Richtlinien sind bis zum 30. September 2017 zu beschließen.

(2) [1] Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gelten § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 entsprechend. [2] Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz 4 Satz 12 anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. [3] Räume dieser Wohneinheit, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. [4] Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Leistungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. [5] Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. [6] Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. [7] Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. [8] § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.

(3) [1] Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über seine Erfahrungen mit den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prü-

fungen, über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege. [2] Die Medizinischen Dienste stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. [3] Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches einzubeziehen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 1 Satz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Mit der Ergänzung in Satz 1 wird klargestellt, dass die Beauftragung von Regelprüfungen bei Pflegediensten, die nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen und die somit nicht bereits den Regelprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung unterliegen, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich veranlasst wird.

§ 276

Zusammenarbeit

(1) [1] Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. [2] Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. [3] Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches.

(2) [1] Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach **den §§ 275, 275a und 275b** erforderlich ist. [2] Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. [3] Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die in **den §§ 275, 275a und 275b** genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. [4] Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen. [5] Die §§ 286, 287 und 304 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. [6] Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. [7] Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. [8] Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. [9] Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(2a) [1] Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst oder den anderen Gutachterdienst zu anonymisieren. [2] Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(2b) Beauftragt der Medizinische Dienst einen Gutachter (§ 279 Abs. 5), ist die Übermittlung von erforderlichen Daten zwischen Medizinischem Dienst und dem Gutachter zulässig, soweit dies zur Erfüllung des Auftrages erforderlich ist.

(3) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

(4) [1] Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. [2] In den Fällen des § 275 Abs. 3a sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen.

(4a) [1] Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Kontrollen nach § 275a befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. [2] Absatz 2 Satz 3 bis 9 gilt für die Durchführung von Kontrollen nach § 275a entsprechend. [3] Das Krankenhaus ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die Kontrollen nach § 275a ordnungsgemäß durchführen kann; das Krankenhaus ist hierbei befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung des Medizinischen Dienstes zu übermitteln. [4] Die Sätze 1 und 2 gelten für Kontrollen nach § 275a Absatz 4 nur unter der Voraussetzung, dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht.

(5) [1] Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b, Abs. 1a und Abs. 1b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, dass der Versicherte auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. [2] Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Leistung versagt werden. [3] Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 2 Satz 1 und 3

Den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) können mit den Neuregelungen (§ 197a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 47a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) personenbezogene Daten von den bei den Kranken- und Pflegekassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen übermittelt werden, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich des MDK erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungskontrollen durch die MDK nach § 275b, aber auch die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a.

Den genannten Übermittlungsbefugnissen an den MDK müssen korrespondierende Datenerhebungs- und -verarbeitungsbefugnisse des MDK gegenüberstehen. Mit der Neuregelung wird daher als technisch erforderliche Folgeänderung die bestehende Befugnis der MDK zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten in Satz 1 sowie zur Verarbeitung dieser Daten in Satz 3 um die Aufgaben der MDK nach § 275a und § 275b erweitert.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung in Absatz 2 Satz 1 wie folgt:

Im Rahmen der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kann es in bestimmten Situationen erforderlich werden, dass von einem MDK rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten an einen anderen MDK übermittelt werden müssen, um bei einem Wechsel der Zuständigkeit für einen Auftrag dessen Bearbeitung zu ermöglichen. Mit der Ergänzung des Satzes 1 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den MDK geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Übermittlung der Sozialdaten zwischen den MDK ist, dass diese für die Prüfungen, Beratungen und gutachtliche Stellungnahmen des MDK, an den die Sozialdaten übermittelt werden, im Rahmen seiner Zuständigkeit erforderlich sind.

§ 277

Mitteilungspflichten

(1) [1] Der Medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. [2] Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. [3] Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen. [4] Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a hat der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. [5] Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Kontrollergebnis zu informieren sind, hat der Medizinische Dienst sein Kontrollergebnis unverzüglich an die in dieser Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. [6] Soweit erforderlich und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 vorgesehen, dürfen diese Mitteilungen auch personenbezogene Angaben enthalten; in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.

(2) [1] Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. [2] Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

Zweiter Abschnitt

Organisation

§ 278

Arbeitsgemeinschaft

(1) [1] In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. [2] Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Ersatzkassen und die BAHN-BKK.

(3) [1] Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluss der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer Dienst errichtet werden. [2] Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. [3] Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder.

§ 279

Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(2) [1] Der Verwaltungsrat wird von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung der Mitglieder gewählt. [2] § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. [3] Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar. [4] Beschäftigte der Krankenkassen oder Beschäftigte von Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen dürfen zusammen mit höchstens einem Viertel der Mitglieder im Verwaltungsrat vertreten sein.

(3) [1] Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter. [2] Sind mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des Medizinischen Dienstes, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. [3] Die Mitglieder haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. [4] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(4) [1] Der Geschäftsführer führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrats. [2] Er stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. [3] **Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen.** [4] Abweichend davon erfolgt die erstmalige Veröffentlichung zum 1. September 2011. [5] Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die dem Geschäftsführer und seinem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Geschäftsführertätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.

(4a) [1] Bei den Medizinischen Diensten wird ein Beirat errichtet, der den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. [2] Er ist vor allen Entscheidungen des Verwaltungsrates zu hören. [3] Der Beirat besteht aus bis zu acht Vertretern. [4] Die Anzahl der Vertreter im Beirat soll der Hälfte der Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates entsprechen. [5] Die

Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar zur einen Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und zur anderen Hälfte auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. [6] Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 3, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. [7] Sie legt auch die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge der Organisationen und Verbände nach Satz 3 fest. [8] Die Kosten der Tätigkeit des Beirats trägt der Medizinische Dienst. [9] Die Vertreter des Beirates nach Satz 1 erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. [10] Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirats und zu seiner Finanzierung, ist in der Satzung des Medizinischen Dienstes zu regeln.

(5) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.

(6) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: §§ 34, 37, 38, 40 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2, §§ 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 2, §§ 58, 59 Abs. 1 bis 3, Abs. 5 und 6, §§ 60, 62 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz, Abs. 2, Abs. 3 Satz 1 und 4 und Abs. 4 bis 6, § 63 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Satz 2 und 3, Abs. 4 und 5, § 64 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2 und 3 und § 66 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 4 Satz 3:

Die Änderung des § 279 Absatz 4 Satz 3 sorgt für eine vollständige und transparente Veröffentlichung der Vergütungen der Geschäftsführer und deren Stellvertreter beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie entspricht der Änderung des § 35a Absatz 6 Satz 2 SGB IV, auf deren Begründung verwiesen wird. Über die Verweisung in § 282 Absatz 4 Satz 2 findet die Regelung auch auf den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen Anwendung.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Einfügen von Absatz 4a Satz 9 wie folgt:

§ 279 Absatz 4a Satz 8 regelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Kosten der Tätigkeit des bei dem MDK zu errichtenden Beirats zu tragen hat. Der Umfang und die Grenzen der Kostentragungspflicht sind nicht eindeutig geregelt. Es bestehen Unklarheiten in der Rechtsanwendung durch die MDK in den einzelnen Ländern. Mit der Übernahme der Regelungen des § 140f Absatz 5 zur Kostentragung für sachkundige Personen im Rahmen der Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten wird eine einheitliche Vorgabe für die Rechtsanwendung bezüglich der bei den MDK errichteten Beiräte geschaffen und eine Gleichstellung mit den Regelungen für die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten vorgenommen. Um die Gefahr einer unterschiedlichen Rechtsauslegung in den Satzungen der MDK in den einzelnen Ländern zum Nachteil der Beteiligungsrechte der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Beiräten der MDK zu vermeiden, ist die Neuregelung erforderlich. Der Anspruch der Vertreter der Beiräte richtet sich gegen den Medizinischen Dienst, bei dem der Beirat nach Satz 1 errichtet ist.

§ 280

Aufgaben des Verwaltungsrats

(1) [1] Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der

Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2 aufzustellen,

5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen,
6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen und zu entlasten.

[2] § 210 Abs. 1 gilt entsprechend. [3] § 35a Absatz 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) [1] Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefasst. [2] Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

§ 281

Finanzierung und Aufsicht

(1) [1] Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3a, den §§ 275a und 275b erforderlichen Mittel mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4 werden von den Krankenkassen nach § 278 Abs. 1 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. [2] Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. [3] Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. [4] Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Leistungsträgern zu erstatten. [5] Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

(1a) [1] Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. [2] Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4. [3] Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen.

(2) [1] Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Abs. 1 und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. [2] Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. [3] Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

(3) [1] Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. [2] § 87 Abs. 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. [3] § 275 Abs. 5 ist zu beachten.

§ 282

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet zum 1. Juli 2008 einen Medizinischen Dienst auf Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). [2] Dieser ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) [1] Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben. [2] Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen koordiniert und fördert die

Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. [4] Im Übrigen kann er Empfehlungen abgeben. [5] Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

(2a) [1] Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie fördernde Mitglieder. [2] Als fördernde Mitglieder können die Verbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beitreten; der Beitritt von für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene als weitere fördernde Mitglieder kann in der Satzung nach Absatz 2e geregelt werden. [3] Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Verwaltungsrat, die Geschäftsführung und die Mitgliederversammlung.

(2b) [1] Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. [2] Der Verwaltungsrat setzt sich zusammen aus stimmberechtigten Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. [3] Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates, zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreter sowie zur Wahl nicht stimmberechtigter Mitglieder aus dem Kreis der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, regelt die Satzung nach Absatz 2e. § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e gilt entsprechend.

(2c) [1] Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. [2] Die Mitgliederversammlung setzt sich zusammen aus Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus Vertretern der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. [3] Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 2e, insbesondere zur Zusammensetzung, zu den Aufgaben, zu den Rechten und Pflichten der Mitglieder, zu den Beiträgen der fördernden Mitglieder sowie zur Beschlussfassung der Mitgliederversammlung.

(2d) [1] Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Geschäftsführung gebildet, die Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist. [2] Die Geschäftsführung besteht aus einem Geschäftsführer und einem Stellvertreter, die vom Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gewählt werden. [3] Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter führen die Geschäfte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, soweit nicht der Verwaltungsrat oder die Mitgliederversammlung zuständig ist, und vertreten den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gerichtlich und außergerichtlich. [4] In der Satzung nach Absatz 2e können die Aufgaben der Geschäftsführung näher konkretisiert werden. [5] § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. [6] **Eine höhere Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden.** [7] **Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden.** [8] **Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 6 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen.** [9] **Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 279 Absatz 4 Satz 5 sind auf die Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abzuführen.** [10] **Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters**

sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(2e) [1] Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. [2] Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. [3] § 34 Absatz 2 des Vierten Buches und § 217e Absatz 1 Satz 5 gelten entsprechend.

(3) [1] § 217d Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Mittel zur Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach diesem und dem Elften Buch aufzubringen hat. [2] Für fördernde Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann ein Beitrag zur Finanzierung vorgesehen werden. [3] Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach Absatz 2e. [4] Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(4) [1] Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. [2] § 217d Absatz 3 und die §§ 217g bis 217j, 219, 274, 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gelten entsprechend. [3] § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

Begründung zum TSVG zum Anfügen von Absatz 2s Satz 6 bis 10:

Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung des Geschäftsführers und seines Stellvertreters beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die im Wesentlichen den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen. Da für die Geschäftsführer des MDS keine gesetzlichen Amtsperioden vorgegeben sind, werden Vergütungserhöhungen nicht für die Dauer einer Amtsperiode sondern für einen Zeitraum von sechs Jahren, der der Amtsdauer in den übrigen Körperschaften entspricht, ausgeschlossen.

Begründung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz:

Mit den Änderungen in § 282 sollen die für den GKV-Spitzenverband eingeführten Änderungen auch auf den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) übertragen werden, um für alle Spitzenorganisationen, die der Aufsicht des BMG unterliegen einheitliche Vorschriften zu schaffen. Da es bisher nur wenige gesetzliche Vorgaben zum Aufbau des MDS und seiner Organe gab, wird § 282 darüber hinaus entsprechend ergänzt. Die Organe des MDS sind der Verwaltungsrat und die Geschäftsführung, die aus dem Geschäftsführer und dessen Stellvertreter besteht, und die Mitgliederversammlung. Dies entspricht der bestehenden Gremienstruktur, die sich an der des GKV-Spitzenverbandes orientiert und die seit Gründung des MDS im Jahr 2008 wesentlich dazu beigetragen hat, dass der MDS seine gesetzlichen Aufgaben erfolgreich wahrnimmt. Beiden Absätzen 2a bis 2d sowie 3 und 4 handelt es sich größtenteils um deklaratorische Regelungen der bisher in der Satzung des MDS festgelegten und erfolgreich funktionierenden Strukturen. Diese werden auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt. Vor diesem Hintergrund ergibt sich grundsätzlich kein zusätzlicher Aufwand, der über die für den GKV-Spitzenverband mit diesem Gesetz neu eingeführten Regelungen hinausgeht.

Zu Absatz 2a – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss

Satz 1 und 2 bestimmen entsprechend der geltenden Satzung des MDS als Mitglieder des MDS den GKV-Spitzenverband als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie weitere fördernde Mitglieder. Die Stellung des GKV-Spitzenverbandes als allein entscheidungsbefugtes Mitglied ergibt sich dabei aus der Vorgabe in Absatz 1 Satz 1, nach der nur der GKV-Spitzenverbandes den MDS bildet. Fördernde Mitglieder können gemäß Satz 2 die Verbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Sinne des § 275 Absatz 1 (Medizinische Dienste) sein. Nach Satz 3 sind Organe des MDS der Verwaltungsrat, die Geschäftsführung und die Mitgliederversammlung.

Mit den Vorschriften des Absatzes 2a sind insgesamt keine Änderungen gegenüber den bereits in der Satzung getroffenen und praktizierten Regelungen verbunden.

Zu Absatz 2b

Das maßgebende Selbstverwaltungsorgan des MDS ist nach Satz 1 der Verwaltungsrat. Dieser Verwaltungsrat besteht gemäß Satz 2 aus stimmberechtigten Vertretern der im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes. In der bestehenden Satzung ist geregelt, dass sich der Verwaltungsrat des MDS aus 16 stimmberechtigten Mitgliedern zusammensetzt. Davon werden 14 stimmberechtigte Mitglieder vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aus den Reihen seiner Mitglieder – jeweils sieben von den dort vertretenen Vertretern der Versicherten bzw. der Arbeitgeber gewählt. Weitere zwei stimmberechtigte Mitglieder werden vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entsendet. Nach Satz 3 ist in der Satzung nach Absatz 2e auch das Nähere zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates sowie zur Wahl der oder des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters sowie zur Wahl nicht stimmberechtigter Mitglieder des Verwaltungsrates des MDS aus dem Kreis der fördernden Mitglieder zu regeln. Dies entspricht dem bereits geübten Vorgehen.

Mit dem Verweis auf die Vorschrift des § 217b Absatz 1 Satz 3 in Satz 4 finden die allgemeinen Regelungen zum Verwaltungsrat in gleicher Weise wie beim Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes entsprechende Anwendung. Durch die Bezugnahme auf die mit diesem Gesetz in § 217b eingefügten Absätze 1a bis 1e gelten darüber hinaus für den Verwaltungsrat des MDS auch diese neu eingeführten gesetzlichen Vorgaben entsprechend. Anpassungsbedarf gegenüber dem bisher praktizierten Vorgehen besteht grundsätzlich nur für diese neu eingeführten Vorgaben, weil die allgemeinen Regelungen für den Verwaltungsrat nach § 217b Absatz 1 Satz 3 bereits aufgrund der geltenden Satzung des MDS entsprechend angewendet werden.

Zu Absatz 2c

Die Mitgliederversammlung ist ein beratendes Organ, dessen Aufgaben insbesondere die Beratung von Leitlinien und Grundsätzen für die Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste und des MDS mit den Krankenkassen, die Entgegennahme von Berichten des Verwaltungsrates sowie die Beschlussfassung über eine Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung und über die Beiträge der fördernden Mitglieder nach Absatz 2a Satz 2 sind. Der Verwaltungsrat des MDS als maßgebendes Selbstverwaltungsorgan des MDS wird nicht von der Mitgliederversammlung des MDS gebildet, sondern vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

In der vom Verwaltungsrat zu beschließenden Satzung nach Absatz 2e ist nach Satz 3 das Nähere zur Zusammensetzung, zu den Aufgaben, zu den Rechten und Pflichten der Mitglieder, zu den Sitzungen, zu den Beiträgen der fördernden Mitglieder, zur Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie zur Beschlussfassung der Mitgliederversammlung zu regeln.

Zu Absatz 2d

Auch mit dieser Regelung werden überwiegend in der geltenden Satzung des MDS geregelte Sachverhalte deklaratorisch auf eine rechtliche Grundlage gestellt. Danach besteht die Geschäftsführung des MDS, die Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist, nach den Sätzen 1 und 2 aus einem vom Verwaltungsrat des MDS gewählten Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter führen gemäß Satz 3 die Geschäfte des MDS, soweit dies nicht dem Verwaltungsrat oder der Mitgliederversammlung vorbehalten ist, und vertreten den MDS gerichtlich und außergerichtlich. Die Aufgaben des Vorstandes können nach Satz 4 in der Satzung nach Absatz 2e näher konkretisiert werden.

Durch die in Satz 5 enthaltenen Verweisungen finden die dort genannten Vorschriften zur Wahl des Geschäftsführers, zu geeigneten Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation, zur Vertretung des MDS durch die Geschäftsführer, zu den Berichtspflichten des Geschäftsführers gegenüber dem Verwaltungsrat, zur hauptamtlichen Ausübung der Tätigkeit der Geschäftsführer und zu deren fachlichen Eignung, zur Genehmigungspflicht der Dienstverträge der Geschäftsführer durch die Aufsichtsbehörde sowie zur Amtsenthebung der Geschäftsführer (§ 35a Absatz 1, 2, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 SGB IV) entsprechende Anwendung. Dies entspricht grundsätzlich dem bereits praktizierten Vorgehen.

Anpassungsbedarf gegenüber den bisher in der Satzung festgelegten Regelungen ergibt sich durch den Verweis auf die auch für den GKV-Spitzenverband geltenden und mit diesem Gesetz eingeführten Vorschriften des § 217b Absatz 2 Satz 7 (Vorlage einer unabhängigen Bewertung der Vorstandsdienstverträge – hier der Geschäftsführerdienstverträge – auf Verlangen der Aufsichtsbehörde) und des § 217b Absatz 2a (Einrichtung interner Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem) sowie durch den Verweis auf § 35a Absatz 3 SGB IV (Amtszeit des Vorstandes bis zu sechs Jahren). Diese Begrenzung ist im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit Vorständen von Krankenkassen und deren Verbände gerechtfertigt. Die Neuregelung findet für den MDS jedoch nur Anwendung für Neuverträge. Bestehende Verträge bleiben davon unberührt.

Zu Absatz 2e

Mit Ausnahme des Genehmigungsvorbehaltes durch die Aufsichtsbehörde handelt es sich bei den Vorgaben der Sätze 1 und 2 um deklaratorische Regelungen, da die Satzung des MDS bereits vom Verwaltungsrat beschlossen wird. Das gegenüber der bisherigen Praxis neue Genehmigungserfordernis für die Satzung entspricht den für den GKV-Spitzenverband, die KBV und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung geltenden gesetzlichen Vorgaben.

Durch den Verweis auf die mit diesem Gesetz für den GKV-Spitzenverband eingeführte Vorschrift des § 217e Absatz 1 Satz 5 und den Verweis auf § 34 Absatz 2 SGB IV werden Vorgaben für den Inhalt der Satzung festgelegt. Die geltende Satzung des MDS entspricht dem weitgehend. Ein geringer Anpassungsbedarf kann sich im Detail bei einigen Vorgaben ergeben, wie z. B. bei den Satzungsregelungen zur Vorbereitung der Beschlussfassung, zu den Anforderungen an die Dokumentation der Sitzungen, zur Information der Mitglieder des Verwaltungsrates und zu den Berichtspflichten der Geschäftsführer.

Zu Absatz 3

Die Vorschriften bezüglich der Finanzierung des MDS und zur Aufsicht über den MDS werden aus systematischen Gründen in den neu gefassten Absätzen 3 und 4 getrennt aufgeführt.

Absatz 3 enthält die Regelungen zur Finanzierung des MDS. Mit Satz 1 wird für den MDS die entsprechende Geltung der gesetzlichen Vorgaben zum Haushalts- und Rechnungswesen (§ 217d Absatz 2) geregelt. Dies soll mit der Maßgabe gelten, dass die Mittel für die Wahrnehmung der Aufgaben des MDS nach diesem und dem Elften Buch vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzubringen sind. Für die fördernden Mitglieder des MDS nach Absatz 2a Satz 2 kann ein Beitrag zur Finanzierung des MDS in der Satzung des MDS nach Absatz 2e festgelegt werden. Nach Satz 3 ist das Nähere zur Finanzierung des MDS in der Satzung nach Absatz 2e zu regeln.

Satz 4 entspricht dem geltenden § 282 Absatz 4 im Hinblick auf die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen. Die Vorgaben des Absatzes 3 entsprechen insgesamt dem bisher geübten Vorgehen.
Zu Absatz 4 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss (Verweis auf § 217 Absatz 4 entfallen, um § 271j ergänzt)
In dem neu gefassten Absatz 4 werden die Regelungen zur Aufsicht über den MDS zusammengefasst. Der MDS untersteht wie bisher nach § 282 Absatz 3 Satz 1 der Aufsicht des BMG. Durch die in Satz 2 enthaltenen Verweise gelten für den MDS die für den GKV-Spitzenverband geltenden aufsichtsrechtlichen gesetzlichen Vorgaben entsprechend. Auch die Bezugnahme auf die Vorschriften des § 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 (Veröffentlichung der jährlichen Vergütungen der Geschäftsführer und weiteren Zuwendungen) gilt unverändert. Mit Satz 3 wird die bereits geltende Vorgabe, dass die Unabhängigkeit der Gutachter des Medizinischen Dienstes zu beachten ist, beibehalten.
Anpassungsbedarf gegenüber dem bisher praktizierten Vorgehen ergibt sich grundsätzlich aus dem Verweis auf die mit diesem Gesetz eingeführten Regelungen des § 217d Absatz 3 und 4 sowie der §§ 217g bis 217i und 219.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2a
Um die Aufnahme für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene als weitere fördernde Mitglieder auch ohne gesetzliche Änderung zu ermöglichen, wird die Option geschaffen, dass durch eine entsprechende Änderung der Satzung nach Absatz 2e diese Organisationen als fördernde Mitglieder dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beitreten können.
Zu Absatz 4
Die Berichtspflicht dient der Transparenz der aufsichtsrechtlichen Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Schützenswerte Rechte Dritter sowie datenschutzrechtliche und sozialdatenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten. Entfallen solche schutzwürdigen Belange im Laufe eines Aufsichtsverfahrens so stehen sie einer Berichtpflicht nicht mehr entgegen.
Die Prüfungspflicht der Körperschaften durch externe Prüfeinrichtungen wird aufgehoben. Es bleibt bei der geltenden Rechtslage der turnusmäßigen Prüfung durch das Bundesversicherungsamt.

§ 283

Ausnahmen

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr.

ZEHNTES KAPITEL

Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz

Erster Abschnitt

Informationsgrundlagen

Erster Titel

Grundsätze der Datenverwendung

§ 284

Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) [1] Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheines und der elektronischen Gesundheitskarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, die Bestimmung des Zuzahlungsstatus und die Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und der Ermittlung der Belastungsgrenze,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes **oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c**,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
10. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von **von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen**,
13. die Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4, die Durchführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen,
14. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3) sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme**,**
15. die Durchführung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,
16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung**,**
17. die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach **§ 127 Absatz 7**,

18. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch

erforderlich sind. [2] Versichertenbezogene Angaben über ärztliche Leistungen dürfen auch auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Absatz 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. [3] Versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen dürfen auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. [4] Die nach den Sätzen 2 und 3 gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden. [5] Im Übrigen gelten für die Datenerhebung und -speicherung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(2) Im Rahmen der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung dürfen versichertenbezogene Leistungs- und Gesundheitsdaten auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur gespeichert werden, soweit dies für Stichprobenprüfungen nach § 106a Absatz 1 Satz 1 oder § 106b Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist.

(3) [1] Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. [2] Die Daten, die nach § 295 Abs. 1b Satz 1 an die Krankenkasse übermittelt werden, dürfen nur zu Zwecken nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet und genutzt werden und nur, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist; für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu anderen Zwecken ist der Versichertenbezug vorher zu löschen.

(4) [1] Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn die Daten allgemein zugänglich sind, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. [2] Ein Abgleich der erhobenen Daten mit den Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 2, 3, 4 und 5 ist zulässig. [3] Widerspricht der Betroffene bei der verantwortlichen Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. [4] Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden. [5] Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz 1
Zu Nummer 7
Mit § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Verarbeitung der Sozialdaten im Zusammenhang mit der Beteiligung der Krankenkassen am vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Verarbeitung der Sozialdaten ist, dass diese für die Beteiligung an diesem Gutachterverfahren erforderlich ist.
Zu Nummer 12
In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 wird durch die vorgesehene Änderung geregelt, dass die Krankenkassen Sozialdaten zum Zwecke der Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung aller Vergütungsverträge erheben und speichern dürfen. Die bisherige Einschränkung auf Vergütungsverträge nach § 87a ist nicht sachgerecht, da Krankenkassen weitere Vergütungsverträge schließen. Auch für diese Vergütungsverträge benötigen die Krankenkassen entsprechende Sozialdaten.
Zu Nummer 13
Mit der vorgesehenen Streichung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 13 wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen die Sozialdaten auch dann benötigen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Selektivverträgen beteiligt sind. Denn die Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abschluss von Selektivverträgen ermächtigen oder ihre Unterstützung in anderer Form nutzen, ohne das damit die Pflicht zu Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsprüfungen durch die Krankenkassen entfallen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

***Zu Nummer 17* – Anmerkung: bisher Nummer 16a**
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch bedingten geänderten Absatzbezeichnungen in § 127.

***Zu Nummer 18* – Anmerkung: bisher Nummer 17**
Die Änderung ist lediglich technischer Natur und stellt eine durchgehende Nummerierung in § 284 Absatz 1 Satz 1 sicher.

Begründung zum HHVG zum Einfügen von Absatz 1 Satz 1 Nummer 16a:

Die Ergänzung der Aufzählung in Absatz 1 Satz 1 um eine neue Nummer 16a ist eine Folgeänderung zur Neueinfügung des § 127 Absatz 5a. Darin wird den Krankenkassen die Aufgabe übertragen, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln zu überwachen und zu diesem Zweck Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Soweit in § 127 Absatz 5a Datenübermittlungen der Leistungserbringer vorgesehen sind, bedarf es spiegelbildlich entsprechender Datenerhebungs- und Speicherungsbefugnisse der Krankenkassen, die nunmehr mit der Nummer 16a in Absatz 1 Satz 1 geschaffen werden. Haben Versicherte zum Zweck der Stärkung der Qualität der Versorgung darin eingewilligt, dass die Krankenkasse personenbezogene Daten über ihren individuellen Versorgungsverlauf beim Leistungserbringer anfordern darf, oder beteiligen sie sich freiwillig an weiteren in den Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 5b vorgesehenen Überwachungsinstrumenten, wie etwa einer Versichertenbefragung oder einem Beschwerdemanagement, stützen sich die entsprechenden Befugnisse der Krankenkasse auf die Einwilligung.

§ 285

Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 95),
2. Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 120),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 121),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis § 106c),
6. Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135b).

(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie den §§ 106d und 305 genannten Aufgaben erforderlich ist.

(3) [1] Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. [2] Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach **§ 128 Absatz 1** der Strahlenschutzverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist. [3] Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 genannten Aufgaben erforderlich ist. [4] Sie dürfen die nach den Absätzen 1 und 2 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten der nach § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ermächtigten Vertragsärzte und Vertragszahnärzte auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 genannten Aufgaben erforderlich ist. [5] Die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der Leistungserbringer, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist. [6] Sie dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung auch

untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 32 Abs. 1 der Zulassungsordnung für Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforderlich ist. [7] Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auch untereinander übermitteln, soweit dies im Rahmen eines Auftrags nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches erforderlich ist. [8] Versichertenbezogene Daten sind vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Ärzte, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 Kenntnis erlangt haben, und soweit diese

1. für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation oder
2. für berufsrechtliche Verfahren

erheblich sind, den hierfür zuständigen Behörden und Heilberufskammern zu übermitteln.

(4) Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten, Zahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 3 Satz 2 wie folgt:

§ 285 Absatz 3 Satz 2 verweist auf ärztliche und zahnärztliche Stellen nach § 17a Röntgenverordnung und ärztliche Stellen nach § 83 Strahlenschutzverordnung. Diese Verordnungen werden durch die Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts aufgehoben und die entsprechende Materie wird nunmehr in der am 31. Dezember 2018 in Kraft getretenen neuen Strahlenschutzverordnung geregelt. Somit ist der Verweis in § 285 Absatz 3 Satz 2 an die neue Rechtslage anzupassen.

§ 286

Datenübersicht

(1) [1] Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten Sozialdaten. [2] Die Übersicht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(2) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Übersicht nach Absatz 1 in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(3) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln in Dienstanweisungen das Nähere insbesondere über

1. die zulässigen Verfahren der Verarbeitung der Daten,
2. Art, Form, Inhalt und Kontrolle der einzugebenden und der auszugebenden Daten,
3. die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Datenverarbeitung,
4. die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen, insbesondere der Maßnahmen nach der Anlage zu § 78a des Zehnten Buches.

§ 287

Forschungsvorhaben

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- oder fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben, insbesondere zur Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen oder von Erkenntnissen über örtliche Krankheitsschwerpunkte, selbst auswerten oder über die sich aus § 304 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Sozialdaten sind zu anonymisieren.

Zweiter Titel

Informationsgrundlagen der Krankenkassen

§ 288

Versichertenverzeichnis

[1] Die Krankenkasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. [2] Das Versichertenverzeichnis hat alle Angaben zu enthalten, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge, soweit nach der Art der Versicherung notwendig, sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs einschließlich der Versicherung nach § 10 erforderlich sind.

§ 289

Nachweispflicht bei Familienversicherung

[1] Für die Eintragung in das Versichertenverzeichnis hat die Krankenkasse die Versicherung nach § 10 bei deren Beginn festzustellen. [2] Sie kann die dazu erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben. [3] Der Fortbestand der Voraussetzungen der Versicherung nach § 10 ist auf Verlangen der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 290

Krankenversichertennummer

(1) [1] Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. [2] Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. [3] Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. [4] Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. [5] Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. [6] Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. [7] Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. [2] Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. [3] Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. [4] Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. [5] § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. [6] Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. [7] Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. [8] Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 291

Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

(1) [1] Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus. [2] Sie dient dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern. [3] Neben der Verwendung nach Satz 2 hat die elektronische Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Absatz 2 und 3 zu gewährleisten. [4] Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. [5] Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. [6] Bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft durch seine Unterschrift. [7] Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(2) [1] Die elektronische Gesundheitskarte enthält vorbehaltlich des § 291a folgende Angaben:

1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
2. den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
3. das Geburtsdatum des Versicherten,
4. das Geschlecht des Versicherten,
5. die Anschrift des Versicherten,
6. die Krankenversichertennummer des Versicherten,
7. den Versichertenstatus, für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 den Status der auftragsweisen Betreuung,
8. den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
9. den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs.

[2] Über die Angaben nach Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. [3] Die Angaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. [4] Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. [5] Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild. [6] Bei Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz hat die elektronische Gesundheitskarte die Angabe zu enthalten, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt.

(2a) [1] Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen. [2] **Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein.** [3] **Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.**

(2b) [1] Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. [2] Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. [3] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal

die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. [4] Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. [5] Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. [6] Die hierfür erforderlichen Maßnahmen hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen. [7] Hält die Gesellschaft für Telematik die Frist nach Satz 6 nicht ein, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen nach Satz 1 durchgeführt worden sind. [8] Die Ausgaben zur Finanzierung der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik, die Umlagen nach den §§ 65b und 303a Absatz 3 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 6 der Datentransparenzverordnung, die Umlagen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a sowie der Sicherstellungszuschlag für Hebammen nach § 134a Absatz 1b zählen nicht zu den Ausgaben nach Satz 7. [9] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern. [10] § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. [11] Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. [12] Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. [13] Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln. [14] Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem **1. Januar 2019** nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. [15] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. [16] **Von der Kürzung nach Satz 14 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 3 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben.** [17] **Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung nach Satz 14 bis zum 31. Dezember 2019 ausgenommen.**

(3) Das Nähere zur bundesweiten Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Absatz 1.

(4) [1] Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die elektronische Gesundheitskarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen oder zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b zur Verfügung stehen. [2] Abweichend von Satz 1 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Optimierung der Verfahrensabläufe für die Versicherten die Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte bei Kassenwechsel beschließen; dabei ist sicherzustellen, dass die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 6, 7, 9 und 10 fristgerecht aktualisiert werden. [3] Der Beschluss bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. [4] Vor Erteilung der Genehmigung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Wird die elektronische Gesundheitskarte nach Satz 1 eingezogen, hat die einziehende Krankenkasse sicherzustellen, dass eine Weiternutzung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 durch die Versicherten möglich ist. [6] Vor Einzug der elektronischen Gesundheitskarte hat die einziehende Krankenkasse über Möglichkeiten zur Löschung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 zu informieren. [7] Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei Austausch der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Anfügen von Absatz 2a Satz 2 und 3 wie folgt:

Mit dieser Vorschrift werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle, nach der neuesten Version des internationalen Standards ISO/IEC 14443 verfügen und ferner mit mobilen Geräten mit Near Field Communication (NFC)-Schnittstelle nach Spezifikationen des NFC-Forums kompatibel sind. Derzeit erfolgt der vollständige routinemäßige Austausch der elektronischen Gesundheitskarte in einem Fünf-Jahresrhythmus, da nach fünf Jahren die erteilten Zertifikate der elektronischen Gesundheitskarte ablaufen. Neben dem routinemäßigen Austausch erhalten Versicherte, die ansonsten erst zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Gesundheitskarte erhalten würden, einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf sofortige Ausgabe einer Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle. Daneben ist es den Krankenkassen freigestellt, darüber hinaus die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten mit kontaktloser Schnittstelle nach einem selbst gewählten Modus zu unterstützen, zum Beispiel durch den zeitnahen vollständigen Austausch für alle Versicherten.

Mithilfe der kontaktlosen Schnittstelle können die Versicherten in Zukunft die elektronische Gesundheitskarte mit einem mobilen Endgerät benutzen, ohne ein zusätzliches Kartenlesegerät verwenden zu müssen. Somit können sich die Versicherten in Verfahren zum Zugriff auf medizinische Daten mit einem mobilen Endgerät, gegenüber einer telemedizinischen Anwendung, einer Anwendung der Krankenkasse oder einer weiteren Anwendung der Telematikinfrastruktur leichter mit der elektronischen Gesundheitskarte authentifizieren.

Zusätzlich kann die kontaktlose Schnittstelle zukünftig auch für den Zugriff der Leistungserbringer verwendet werden.

Voraussetzung für die Nutzung der kontaktlosen Schnittstelle der elektronischen Gesundheitskarte ist ein entsprechendes mobiles Endgerät der Versicherten, das ebenfalls mit dieser Schnittstelle ausgestattet ist. Die bereits bestehende technische Zugriffsmöglichkeit über ein zusätzliches Kartenlesegerät wird durch die Verwendung dieser kontaktlosen Schnittstelle nicht eingeschränkt. Neben der mit der vorliegenden Regelung eingeführten Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle wird die elektronische Gesundheitskarte weiterhin über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen. Diese ist zusätzlich erforderlich, solange die Lesegeräte der Leistungserbringer nur über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen.

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG die Änderung in Absatz 2b Satz 14 sowie das Anfügen von Satz 16 und 17 wie folgt:

Mit der Änderung des Datums in Satz 14 wird die bereits durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates verlängerte Frist gesetzlich nachvollzogen (Verordnung zur Verlängerung der Frist nach § 291 Absatz 2b Satz 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 13. November 2017, BGBl. I S. 3774). Satz 14 setzt den 1. Januar 2019 als Termin fest, ab dem die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Versichertenstammdatendienst) durchzuführen haben. Sofern ab diesem Zeitpunkt der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach Satz 14 pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis die Prüfung durchgeführt wird.

Der Anschluss der Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (Rollout) und damit die Ausstattung der Praxen mit der für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderlichen Ausstattung hat im Dezember 2017 begonnen. Entgegen den ursprünglichen Annahmen hat die Entwicklung einer ausreichenden Angebots- und Wettbewerbssituation mehr Zeit in Anspruch genommen, so dass eine flächendeckende Anbindung aller zur Durchführung des Versichertenstammdatendienstes Verpflichteten nicht bis zum 1. Januar 2019 erreichbar ist. Daher soll die Kürzung der Vergütung für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes nach dem neuen Satz 16 dann nicht vorgenommen werden, wenn die hierfür erforderliche Ausstattung der Praxis mit dem Anbieter bis Ende März 2019 vertraglich vereinbart worden ist. Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit einem Anbieter der erforderlichen Komponenten ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Absehen von der Kürzung ist zeitlich begrenzt bis zum 30. Juni 2019. Nach diesem Zeitpunkt greift die Sanktion nach Satz 14, solange der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird.

Der neue Satz 17 nimmt die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser (Krankenhausnotfallambulanzen) von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 31. Dezember 2019 aus. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Ausstattung der stationären Bereiche mit den erforderlichen Komponenten erfolgt gesondert. Für den Krankenhausbereich ist im Rahmen eines Gesamtkonzeptes vorgesehen, dass die Anbindung der Krankenhäuser im Jahre 2019 erfolgt.

Da die für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderliche Ausstattung für ermächtigte Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, für ermächtigte Krankenhäuser und Notfallambulanzen in diesem Rahmen erfolgen soll und hierfür nicht vorab nicht integrierte Lösungen beschafft werden sollen, ist eine Anpassung der Fristen an die Planungen für den sonstigen Krankenhausbereich erforderlich.

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(1) Die elektronische Gesundheitskarte dient mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung.

(1a) [1] Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5a, 6 und 8 entsprechend. [2] Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. [3] § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. [4] Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. [5] Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. [6] Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

(2) [1] Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für

1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz.

[2] § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(3) [1] Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über **die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten** (elektronische Patientenakte),
5. **– aufgehoben**
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2),
7. Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende,
8. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie
9. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen nach § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuchs;

die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Nummer 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang

möglich sein. [2] Die Authentizität der Erklärungen nach Satz 1 Nummer 7 muss sichergestellt sein. [3] Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren. [4] § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(4) [1] Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich
   a) Ärzte,
   b) Zahnärzte,
   c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
   d) Personen, die
      aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
      bb) in einem Krankenhaus
      als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
   e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich
   a) Ärzte,
   b) Zahnärzte,
   c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
   d) Personen, die
      aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
      bb) in einem Krankenhaus
      als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
   e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1, beschränkt auf den lesenden Zugriff, auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
   f) Psychotherapeuten,

zugreifen. [2] Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

(5) [1] Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. [2] Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Zugriff vorbehaltlich Satz 4 nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. [3] Soweit es zur Notfallversorgung erforderlich ist, ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig; ansonsten ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einverständnis der Versicherten erfolgt. [4] Bei Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten. [5] Der Zugriff auf Daten sowohl nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 als auch nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 6 mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, im Falle des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 1 auch in Verbindung mit einem entsprechenden Berufsausweis, erfolgen, die jeweils über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizie-

rung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügen. [6] Zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d und e sowie Nummer 2 Buchstabe d und e, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die entsprechenden Daten zugreifen, wenn sie hierfür von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde. [7] Der Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann abweichend von den Sätzen 5 und 6 auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren. [8] Abweichend von Satz 5 können die Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 **Nummer 4** auch zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. [9] **Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen** [10] Auf Wunsch des Versicherten haben Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 bei Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 sowie der Daten nach § 291f diese dem Versicherten als Daten nach Absatz 3 Satz 1 **Nummer 4** zur Verfügung zu stellen; die Zugriffsberechtigten haben die Versicherten über diese Möglichkeit zu informieren.

(5a) [1] Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung erforderlich ist, auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 ausschließlich

1. Ärzte,
2. Personen, die
   a) bei Ärzten oder
   b) in einem Krankenhaus

   als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht eines Arztes erfolgt,

in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, der über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen; Absatz 5 Satz 1 und 6 gilt entsprechend. [2] Ohne Einverständnis der betroffenen Person dürfen Zugriffsberechtigte nach Satz 1 auf Daten

1. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 und 8 nur zugreifen, nachdem der Tod nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Transplantationsgesetzes festgestellt wurde und der Zugriff zur Klärung erforderlich ist, ob die verstorbene Person in die Entnahme von Organen oder Gewebe eingewilligt hat,
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 nur zugreifen, wenn eine ärztlich indizierte Maßnahme unmittelbar bevorsteht und die betroffene Person nicht fähig ist, in die Maßnahme einzuwilligen.

[3] Zum Speichern, Verändern, Sperren oder Löschenvon Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 durch Zugriffsberechtigte nach Satz 1 ist eine technische Autorisierung durch die Versicherten für den Zugriff erforderlich. [4] Versicherte können auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. [5] Sobald die technische Infrastruktur für das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 flächendeckend zur Verfügung steht, haben die Krankenkassen die Versicherten umfassend über die Möglichkeiten der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte zu informieren sowie allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen für ihre Versicherten technische Einrichtungen zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte nach Satz 4 flächendeckend zur Verfügung zu stellen. [6] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat über die Ausstattung jährlich einen Bericht nach den Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit zu erstellen und ihm diesen erstmals zum 31. Januar 2016 vorzulegen.

(5b) [1] Die Gesellschaft für Telematik hat Verfahren zur Unterstützung der Versicherten bei der Verwaltung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 zu entwickeln und hierbei auch die Möglichkeit zu

schaffen, dass Versicherte für die Dokumentation der Erklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte die Unterstützung der Krankenkasse in Anspruch nehmen können. [2] Bei diesen für die Versicherten freiwilligen Verfahren sind Rückmeldeverfahren der Versicherten über die Krankenkassen mit einzubeziehen, bei denen die Krankenkassen mit Zustimmung der Versicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 und 8 speichern und löschen können. [3] Über das Ergebnis der Entwicklung legt die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2013 einen Bericht vor. [4] Anderenfalls kann das Bundesministerium für Gesundheit Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 im Rahmen eines Forschungs- und Entwicklungsvorhabens entwickeln lassen, dessen Kosten von der Gesellschaft für Telematik zu erstatten sind. [5] In diesem Fall unterrichtet das Bundesministerium für Gesundheit den Deutschen Bundestag über das Ergebnis der Entwicklung.

(5c) [1] **Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass**

1. **Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und**
2. **Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.**

[2] Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen. [3] Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten des Versicherten verfügbar zu machen. [4] **Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen.** [5] **Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren.** [6] **Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte und Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen.** [7] **Bis alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nachgekommen sind, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum Stichtag 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2021, ob die Krankenkassen ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte nach Satz 4 zur Verfügung gestellt haben.** [8] **Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest.** [9] **In dem Bescheid ist die betroffene Krankenkasse über die Sanktionierung gemäß § 270 Absatz 3 zu informieren.** [10] **Klagen gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.** [11] **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesversicherungsamt erstmalig bis zum 15. Januar 2021 mit, welche Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen sind.** [12] **Die Mitteilung nach Satz 11 erfolgt jeweils zum 15. Januar des Jahres, an dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bescheid festgestellt hat, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen ist.**

(5d) [1] Die Länder bestimmen entsprechend dem Stand des Aufbaus der Telematikinfrastruktur

1. die Stellen, die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise zuständig sind, und
2. die Stellen, die bestätigen, dass eine Person
   a) befugt ist, einen der von Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe im Geltungsbereich dieses Gesetzes auszuüben oder, sofern für einen der in Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe lediglich die Führung der Berufsbezeichnung geschützt ist, die Berufsbezeichnung zu führen oder
   b) zu den sonstigen Zugriffsberechtigten nach Absatz 4 gehört.

[2] Die Länder können zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 gemeinsame Stellen bestimmen.

[3] Die nach Satz 1 Nummer 2 oder nach Satz 2 jeweils zuständige Stelle hat der nach Satz 1 Nummer 1 zuständigen Stelle die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise erforderlichen Daten auf Anforderung zu übermitteln. [4] Entfällt die Befugnis zur Ausübung des Berufs, zur Führung der Berufsbezeichnung oder sonst das Zugriffsrecht nach Absatz 4, hat die jeweilige Stelle nach Satz 1 Nr. 2 oder Satz 2 die herausgebende Stelle in Kenntnis zu setzen; diese hat unverzüglich die Sperrung der Authentifizierungsfunktion des elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises zu veranlassen.

(6) [1] Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt. [2] Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Satz 1 Nummer **4 und** 7 bis 9 können Versicherte auch eigenständig löschen. [3] Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 2 oder Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. [4] Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. [5] Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.

(7) [1] **Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband** Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur). [2] **Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen nehmen** diese Aufgabe durch eine Gesellschaft für Telematik nach Maßgabe des § 291b wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt. [3] Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens sowie für die Gesundheitsforschung verwendet werden, wenn

1. die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt werden,
2. im Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die erforderlichen technischen Maßnahmen getroffen werden, um die Anforderungen an die Sicherheit der Anwendung im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit der Daten zu gewährleisten, und
3. bei den dafür erforderlichen technischen Systemen und Verfahren Barrierefreiheit für den Versicherten gewährleistet ist.

[4] Vereinbarungen und Richtlinien zur elektronischen Datenübermittlung nach diesem Buch müssen, soweit sie die Telematikinfrastruktur berühren, mit deren Regelungen vereinbar sein. [5] Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen.

[6] Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. [7] Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen. [8] Die Kosten der Sätze 5 und 6 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 2 und 6.

(7a) [1] Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). [2] Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. [3] Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. [4] Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. [5] Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. [6] Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nr. 1 und 2, die bei Leistungserbringern nach § 115b Abs. 2 Satz 1, § 116b Abs. 2 Satz 1 und § 120 Abs. 2 Satz 1 sowie bei Notfallambulanzen in Krankenhäusern, die Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen, entstehen, finden die Sätze 1 und 2 erster Halbsatz sowie die Sätze 3 und 4 entsprechende Anwendung.

(7b) [1] Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 5 erhalten die in diesem Absatz genannten Leistungserbringer nutzungsbezogene Zuschläge von den Krankenkassen. [2] Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen. [3] Bis zum 30. September 2017 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3. [4] Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 für die Arzneimittelversorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2; die nutzungsbezogenen Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 sind bis zum 30. September 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 zu vereinbaren. [5] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach **§ 89 Absatz 2** auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. [6] Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 erster Halbsatz nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 zweiter Halbsatz nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. [7] In den Fällen der Sätze 5 und 6 ist Absatz 7a Satz 5 entsprechend anzuwenden.

*(7c) – [1] Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 (Anmerkung: jetzt Satz 5) Nummer 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder wird sie gekündigt, entrichten die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik den Finanzierungsbeitrag für die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 (Anmerkung: jetzt Satz 5) Nummer 1 gemäß ihrem jeweiligen Geschäftsanteil und nach Aufforderung durch die Geschäftsführung der Gesellschaft; die Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt Spitzenverband Bund der Krankenkassen) erstatten den Finanzierungsbeitrag unmittelbar den Spitzenorganisationen, soweit die nachfolgenden Vorschriften keine andere Regelung enthalten. [2] Im Krankenhausbereich erfolgt die Erstattung des Finanzierungsbeitrages über einen Zuschlag entsprechend Absatz 7a Satz 1 durch vertragliche Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt Spitzenverband Bund der Krankenkassen) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. [3] Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf

Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten. [4] Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gilt für die Erstattung des Finazierungsbeitrages Absatz 7b Satz 1, 2 und 4 (Anmerkung: jetzt Satz 5) entsprechend, im Bereich der Arzneimittelversorgung gilt Absatz 7b Satz Satz 1, 3 und 5 (Anmerkung: jetzt Satz 4 und 6) entsprechend.

*Anmerkung: Die Übergangsregelung für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2008 wurde durch das GKV-WSG vom 26. März 2007 zum 1. Juli 2008 (vgl. Artikel 47) aufgehoben. Deshalb ist hier die vorhergehende Fassung wieder abgedruckt.

(7d) [1] Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 und 5 sowie Absatz 7b Satz 2 bis 4 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene. [2] Soweit diese Vereinbarungen nicht zu Stande kommen, entscheidet bei Nichteinigung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei Nichteinigung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen das jeweils zuständige Schiedsamt nach **§ 89 Absatz 2** und bei Nichteinigung mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 jeweils auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

(7e) [1] Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 und 5, Absatz 7b Satz 2 bis 4 zu Stande, bilden die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 eine gemeinsame Kommission aus Sachverständigen. [2] Die Kommission ist innerhalb einer Woche nach Ablauf der Frist nach Satz 1 zu bilden. [3] Sie besteht aus jeweils zwei Mitgliedern, die von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen berufen werden sowie einer oder einem unparteiischen Vorsitzenden, über die oder den sich die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 gemeinsam verständigen. [4] Kommt es innerhalb der Frist nach Satz 2 nicht zu einer Einigung über den Vorsitz oder die Berufung der weiteren Mitglieder, beruft das Bundesministerium für Gesundheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die weiteren Sachverständigen. [5] Die Kosten der Kommission sind aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik zu begleichen. [6] Die Kommission gibt innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung zur Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. [7] Die Empfehlung der Kommission ist innerhalb eines Monats in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 2 zu berücksichtigen. [8] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, als Grundlage der Vereinbarungen nach den Absätzen 7a und 7b festzulegen, sofern die Empfehlung der Kommission nicht berücksichtigt wird.

(8) [1] Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5a Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihnen darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. [2] Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3
Zu Satz 1
Zu Nummer 4
Die Ersetzung des Begriffs „Patienten“ durch „Versicherte“ dient der Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten.
Das elektronische Patientenfach wird mit der elektronischen Patientenakte begrifflich zusammengeführt. Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik handelt es sich bei den im

Patientenfach und in der Patientenakte abgelegten medizinischen Daten weitgehend um die gleichen Daten, auf die nur mit unterschiedlichen Zugriffsrechten zugegriffen werden kann. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers ermöglicht wird und dies dem Zugriff des elektronischen Patientenfachs entspricht, ist das elektronische Patientenfach als eine gesonderte Anwendung entbehrlich. Das bisherige Zugriffssystem auf das elektronische Patientenfach wird durch die Zusammenführung Teil des Zugriffssystems der elektronischen Patientenakte.

***Zu Nummer 5* – aufgehoben**

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

***Zu Satz 4 bis 6* – aufgehoben**

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren bei der Erklärung und der Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte vereinfacht. Die spezifischen Anforderungen der Sätze 4 bis 6 zur Abgabe der Erklärung und zum Ort der Dokumentation sind im Hinblick auf die Konzepte insbesondere zur elektronischen Patientenakte und den vorgesehenen Änderungen zur Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten für die Versicherten (siehe zu Absatz 5) nicht mehr sachgerecht. Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte seine Einwilligung hierzu auch gegenüber dem Anbieter der elektronischen Patientenakte abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss. Von der Aufhebung der spezifischen Anforderungen an die Einwilligung in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte unberührt bleiben die Vorgaben für die datenschutzrechtliche Einwilligung nach der unmittelbar anwendbaren EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO regelt die Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, Artikel 7 Absatz 1 DSGVO die Nachweispflicht für die Einwilligung und Artikel 7 Absatz 3 DSGVO die Widerruflichkeit der Einwilligung. Vorgaben für die Form der Erklärung und der Dokumentation enthält die DSGVO nicht.

Zu Absatz 5

Zu Satz 8

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Satz 9

Der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte ist nach den geltenden Regelungen nur zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte und einem elektronischen Heilberufsausweis eines Leistungserbringers oder durch ein sicheres technisches Authentifizierungsverfahren, bei dem auch die elektronische Gesundheitskarte zum Einsatz kommt, durchführbar. Durch die neue Regelung wird es den Versicherten nunmehr ermöglicht, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Dabei handelt es sich um einen zu den bisherigen Zugriffswegen nach Satz 5 und Satz 8 zusätzlichen Zugriffsweg, den sich die Versicherten auf eigenen Wunsch einrichten lassen können. Versicherte sollen dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf ihre Daten zugreifen und Berechtigungen zum Zugriff auf ihre Daten erteilen können. Aus der Möglichkeit zur Nutzung handelsüblicher mobiler Endgeräte folgt, dass dabei Geräte und Dienste eingesetzt werden, die nicht über eine Sicherheitszertifizierung nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik verfügen. Die Gesellschaft für Telematik wird durch die neue Regelung in § 291b Absatz 1a verpflichtet, für diese Geräte und Dienste im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein neues Zulassungsverfahren mit hierfür geeigneten Kriterien festzulegen.

Voraussetzung für die Nutzung des zusätzlichen Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ist der Wunsch des Versicherten, diesen Zugriffsweg zu nutzen, die vorherige umfassende Information der Versicherten durch die Krankenkasse über die Besonderheiten der Zugriffswege, insbesondere die Abstufungen bei den Sicherheitskriterien sowie eine darauf basierende eindeutige Erklärung der Versicherten, das zusätzlich Authentifizierungsverfahren nutzen zu wollen. Deshalb werden die Krankenkassen in Absatz 5c verpflichtet, die Versicherten entsprechend zu informieren.

Zu Satz 10

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Absatz 5c

Zu Satz 1

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

***Zu Satz 4 bis 6* – Anmerkung: Satz 7 bis 12 durch den 14. Ausschuss angefügt**
Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen.
Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, das in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakten zu schaffen. Mit der Erfüllung der vorgenannten Aufgaben durch die Gesellschaft für Telematik werden die notwendigen Spezifikationen und Zulassungsverfahren vorliegen, damit unterschiedliche Industrieanbieter Patientenakten entwickeln und am Markt anbieten können, die bei allen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, den Krankenhäusern und in weiteren medizinischen Einrichtungen sektorenübergreifend einsetzbar sind. Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene Patientenakte anzubieten, wird einerseits darauf hingewirkt, dass alle Versicherten Patientenakten erhalten können und andererseits dass mehr Interoperabilität im Gesundheitssystem dadurch entsteht, dass dabei die Einhaltung der von der Gesellschaft für Telematik festgelegten Rahmenbedingungen in einem Zulassungsverfahren nachgewiesen werden muss. Letzteres ergänzt die für die Krankenkassen bereits nach § 291e Absatz 10 Satz 1 bestehende Verpflichtung, auch bei elektronischen Gesundheits- und Patientenakten die Festlegungen der Gesellschaft für Telematik zu beachten.
Den Krankenkassen steht es frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote, wie zum Beispiel Patiententagebücher oder Aufzeichnungen von „Fitnesstrackern“ für ihre Versicherten in den Patientenakten anzubieten.
Die Informationspflicht der Krankenkassen über die elektronische Patientenakte ist zwingend notwendig, um die Versicherten zu befähigen, mit den Zugriffswegen und der Datenverwaltung der elektronischen Patientenakte umgehen zu können.
Zu Absatz 6 Satz 2
Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte. Die Versicherten erhalten – wie es bereits für das elektronische Patientenfach vorgesehen war – die Möglichkeit, ihre Daten zu löschen.
Zu Absatz 7b Satz 5 und Absatz 7d Satz 2
Redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 5c Satz 7 bis 12 und die Änderungen in Absatz 7 Satz 1 und 2 wie folgt:

Die Ergänzung dient dem Zweck, dass die Krankenkassen die Verpflichtung, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten, fristgerecht umsetzen. Es wird ein Sanktionsmechanismus für Krankenkassen eingeführt, die zum 1. Januar 2021 ihren Versicherten keine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen. Hierzu stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, ob die oben genannte Frist nicht eingehalten wurde und erlässt für diesen Fall einen Bescheid an die Krankenkassen. Mit diesem Bescheid wird die Sanktion gegen die Krankenkasse verhängt. Er teilt dem Bundesversicherungsamt die Krankenkassen mit, die die Fristregelung verletzt haben und für die entsprechende Sanktionen umzusetzen sind. Haben Krankenkassen zum 1. Januar 2021 die oben genannte Frist nicht eingehalten, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Folgejahr, ob die betroffenen Krankenkassen zum 1. Januar des Folgejahres ihre Verpflichtung erfüllt haben. Ist dies nicht der Fall, erfolgt erneut eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zum 15. Januar des Folgejahres. Dieser Mechanismus erfolgt solange, bis alle Krankenkassen zum 1. Januar eines Jahres über eine elektronische Patientenakte nach Satz 4 verfügen. Der Sanktionsmechanismus wird über den neuen § 270 Absatz 3 geregelt und vom Bundesversicherungsamt durchgeführt.
Zu Absatz 7 Satz 1 und 2
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere die Einführung medizinischer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur, soll zügig und konsequent umgesetzt werden. Hierzu sollen Entscheidungsprozesse in der Gesellschaft für Telematik effektiver als bisher gestaltet werden. Um dies zu erreichen, soll das Bundeministerium für Gesundheit den Entscheidungsprozess stärker mitgestalten. Daher wird der Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Mehrheitsgesellschafter in die Gesellschaft für Telematik festgeschrieben.

§ 291b

Gesellschaft für Telematik

(1) [1] Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik

1. die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts zu erstellen,
2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen,
3. Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur zu erstellen und ihre Umsetzung zu überwachen,
4. die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen und
5. Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren festzulegen zur Verwaltung
   a) der in § 291a Absatz 4 und 5a geregelten Zugriffsberechtigungen und
   b) der Steuerung der Zugriffe auf Daten nach § 291a Absatz 2 und 3.

[2] Bei der Gestaltung der Verfahren nach Satz 1 Nummer 5 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Zugriffsberechtigungen künftig auf weitere Leistungserbringergruppen ausgedehnt werden können. [3] Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. [4] Die Gesellschaft für Telematik hat die Interessen von Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen. [5] Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist. [6] Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. [7] **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten.** [8] **Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen.** [9] **Um einen strukturierten Prozess zu gewährleisten, erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von vier Wochen nach dem 11. Mai 2019 eine Verfahrensordnung zur Herstellung des Benehmens nach Satz 7.** [10] **Innerhalb von vier Wochen nach Erstellung der Verfahrensordnung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Benehmen hierzu mit den nach Satz 7 zu Beteiligenden herzustellen.** [11] **Die Gesellschaft für Telematik kann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 7 angemessene Fristen, entsprechend dem Projektstand, setzen; hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die jeweilige Frist nicht ein, kann die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung der jeweiligen Festlegungen nach Satz 7 im Benehmen mit den in Satz 7 genannten Organisationen beauftragen.** [12] **Satz 8 findet entsprechende Anwendung.** [13] **Das Verfahren für das Vorgehen nach Fristablauf legt die Gesellschaft für Telematik fest.** [14] **Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 oder die Festlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Satz 11 zweiter Halbsatz sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich.** [15] **Sie können nur**

durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. [16] **Eine Entscheidung der Spitzenorganisationen nach Satz 15 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen.** [17] **Die Festlegungen nach den Sätzen 7, 11 zweiter Halbsatz und Satz 15 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen.** [18] **Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten.** [19] **Satz 18 gilt für die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsprechend, sofern diese nach Satz 11 zweiter Halbsatz die Aufgabe nach Satz 7 erfüllt.** [20] Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann. [21] Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen.

(1a) [1] Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur werden von der Gesellschaft für Telematik zugelassen. [2] Die Zulassung wird auf Antrag des Anbieters einer Komponente oder des Anbieters eines Dienstes erteilt, wenn die Komponente oder der Dienst funktionsfähig, interoperabel und sicher ist. [3] Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. [4] Die Gesellschaft für Telematik prüft die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien. [5] Der Nachweis der Sicherheit erfolgt nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik durch eine Sicherheitszertifizierung. [6] Hierzu entwickelt das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik geeignete Prüfvorschriften und veröffentlicht diese im Bundesanzeiger. [7] Das Nähere zum Zulassungsverfahren und zu den Prüfkriterien wird von der Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik beschlossen. [8] Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den zugelassenen Komponenten und Diensten. [9] Die für die Aufgaben nach den Sätzen 5, 6 und 12 beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik entstehenden Kosten sind diesem durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. [10] Die Einzelheiten werden von dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Gesellschaft für Telematik einvernehmlich festgelegt. [11] Die Gesellschaft für Telematik kann eine befristete Genehmigung zur Verwendung von nicht zugelassenen Komponenten und Diensten in der Telematikinfrastruktur erteilen, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur erforderlich ist. [12] Hinsichtlich der Sicherheit ist die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erteilen. [13] **Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest.** [14] **Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 26. Mai 2019 zu veröffentlichen.**

(1b) [1] Die Gesellschaft für Telematik hat eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 zu gewährleisten. [2] Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen. [3] Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen Voraussetzungen bis zum 30. Juni 2016 fest und veröffentlicht diese auf ihrer Internetseite. [4] Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss der Anbieter einer Anwendung gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Bestätigungsverfahren nachweisen. [5] Die Einzelheiten des Bestätigungsverfahrens sowie die dazu erforderlichen Prüfkriterien legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. September 2016 fest und veröffentlicht sie auf ihrer Internetseite. [6] Das Bestätigungsverfahren wird auf Antrag eines Anbieters einer Anwendung durchgeführt. [7] Die Bestätigung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. [8] Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den erteilten Bestätigungen auf ihrer Internetseite. [9] Für Leistungserbringer in der gesetzlichen

Kranken- und Pflegeversicherung, die die Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 nutzen wollen und für die noch keine sicheren Authentisierungsverfahren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 festgelegt sind, legt die Gesellschaft für Telematik diese Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik fest. [10] Die nach diesem Absatz beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. [11] Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich jeweils mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.

(1c) [1] Betriebsleistungen sind auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik zu beschließenden Rahmenbedingungen zu erbringen. [2] Zur Durchführung des operativen Betriebs der Telematikinfrastruktur vergibt die Gesellschaft für Telematik Aufträge oder erteilt in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren Zulassungen; sind nach Absatz 1 Satz 6 erster Halbsatz einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt worden, so sind die Beauftragten für die Vergabe und für die Erteilung der Zulassung zuständig. [3] Bei der Vergabe von Aufträgen sind abhängig vom Auftragswert die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge: Teil 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie die Vergabeverordnung und § 22 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung sowie der Abschnitt 1 des Teils A der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen (VOL/A) anzuwenden. [4] Für die freihändige Vergabe von Leistungen gemäß § 3 Absatz 5 Buchstabe i der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) werden die Ausführungsbestimmungen vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und im Bundesanzeiger veröffentlicht. [5] Bei Zulassungsverfahren nach Satz 2 haben Anbieter von operativen Betriebsleistungen einen Anspruch auf Zulassung, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste nach den Absätzen 1a und 1e zugelassen sind,
2. der Anbieter den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet sind, und
3. der Anbieter sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.

[6] Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. [7] Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können die Anzahl der Zulassungen beschränken, soweit dies zur Gewährleistung von Interoperabilität, Kompatibilität und des notwendigen Sicherheitsniveaus erforderlich ist. [8] Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen veröffentlichen

1. die fachlichen und sachlichen Voraussetzungen, die für den Nachweis nach Satz 5 Nr. 2 erfüllt sein müssen sowie
2. eine Liste mit den zugelassenen Anbietern.

(1d) [1] Die Gesellschaft für Telematik kann für die Zulassungen und Bestätigungen der Absätze 1a bis 1c und 1e Gebühren und Auslagen erheben. [2] Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass sie den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigen. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen. [4] Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3, die nicht in diesem Buch oder im Elften Buch Sozialgesetzbuch geregelt sind, kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. [5] Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1e) [1] Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum 31. Dezember 2016 sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit dem Bundesamt für Si-

cherheit in der Informationstechnik und mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf ihrer Internetseite. [2] Die Erfüllung dieser Festlegungen muss der Anbieter eines Dienstes für ein Übermittlungsverfahren gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Zulassungsverfahren nachweisen. [3] Für das Zulassungsverfahren gilt Absatz 1a. [4] Die für das Zulassungsverfahren erforderlichen Festlegungen sind bis zum 31. März 2017 zu treffen und auf der Internetseite der Gesellschaft für Telematik zu veröffentlichen. [5] Die nach diesem Absatz bei dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. [6] Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.

(2) [1] **Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik, die auf der Grundlage des § 291a Absatz 7 in der bis zum 11. Mai 2019 geltenden Fassung gegründet worden ist, ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:**

1. [2] **Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik.** [3] **Die Geschäftsanteile entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen.** [4] **Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Fall eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;**
2. **unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der einfachen Mehrheit der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen.**

(2a) [1] Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. [2] Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. [3] Zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehören insbesondere:

1. Fachkonzepte zu Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte,
2. Planungen und Konzepte für Erprobung und Betrieb der Telematikinfrastruktur sowie
3. Konzepte zur Evaluation von Erprobungsphasen und Anwendungen.

[4] Hierzu sind dem Beirat die entsprechenden Informationen in verständlicher Form so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass er sich mit ihnen inhaltlich befassen kann. [5] Die Gesellschaft für Telematik hat sich mit den Stellungnahmen des Beirats zu befassen und dem Beirat mitzuteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. [6] Der Vorsitzende des Beirats kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. [7] Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. [8] Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. [9] Die Mitglieder des Beirats werden von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik berufen; die Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. [10] **Die Gesellschafter und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik** können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.

(3) – aufgehoben

(4) [1] **Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; dies gilt auch für Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist.** [2] **Vor der Beschlussfassung hat die Gesellschaft für Telematik dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern Belange des Datenschutzes oder der Datensicherheit berührt sind.**

(5) – aufgehoben

(6) [1] Soweit von Komponenten und Diensten eine Gefahr für die Funktionsfähigkeit oder Sicherheit der Telematikinfrastruktur ausgeht, ist die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik befugt, die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Abwehr dieser Gefahr zu treffen. [2] Betreiber von nach den Absätzen 1a und 1e zugelassenen Diensten und Betreiber von Diensten für nach Absatz 1b bestätigte Anwendungen haben erhebliche Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit dieser Dienste unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik zu melden. [3] Erheblich sind Störungen, die zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der in Satz 2 genannten Dienste oder zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben. [4] Die Gesellschaft für Telematik hat die ihr nach Satz 2 gemeldeten Störungen sowie darüber hinausgehende bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, unverzüglich an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu melden. [5] **Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren.** [6] Die Gesellschaft für Telematik kann zur Gefahrenabwehr im Einzelfall insbesondere Komponenten und Dienste für den Zugang zur Telematikinfrastruktur sperren oder den weiteren Zugang zur Telematikinfrastruktur nur unter der Bedingung gestatten, dass die von der Gesellschaft für Telematik angeordneten Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr umgesetzt werden.

(7) [1] Die Gesellschaft für Telematik kann für Komponenten und Dienste, die die Telematikinfrastruktur nutzen, aber außerhalb der Telematikinfrastruktur betrieben werden, in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik solche Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs treffen, die erforderlich sind, um die Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. [2] Die Gesellschaft für Telematik legt hierzu fest, welche näheren Angaben ihr die Betreiber der Komponenten und Dienste offenzulegen haben, damit die Überwachung durchgeführt werden kann. [3] Für die Erstattung der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik gilt Absatz 1a Satz 9 und 10 entsprechend.

(8) [1] Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Verlangen die folgenden Unterlagen und Informationen vor:

1. die Zulassungen und Bestätigungen nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e einschließlich der zugrunde gelegten Dokumentation,
2. eine Aufstellung der nach den Absätzen 6 und 7 getroffenen Maßnahmen einschließlich der festgestellten Sicherheitsmängel und Ergebnisse der Maßnahmen und
3. sonstige für die Bewertung der Sicherheit der Telematikinfrastruktur sowie der zugelassenen Dienste und bestätigten Anwendungen erforderlichen Informationen.

[2] Ergibt die Bewertung der in Satz 1 genannten Informationen Sicherheitsmängel, so kann das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik der Gesellschaft für Telematik verbindliche Anweisungen zur Beseitigung der festgestellten Sicherheitsmängel erteilen. [3] Die Gesellschaft für Telematik ist befugt, Betreibern von zugelassenen Diensten und bestätigten Anwendungen nach den Absätzen 1a bis 1c

und 1e verbindliche Anweisungen zur Beseitigung festgestellter Sicherheitsmängel zu erteilen. [4] Die Kosten der Überprüfung tragen

1. die Gesellschaft für Telematik, sofern das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Grund von Anhaltspunkten tätig geworden ist, die berechtigte Zweifel an der Sicherheit der Telematikinfrastruktur begründeten,
2. der Betreiber von zugelassenen Diensten und bestätigten Anwendungen nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e, sofern das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Grund von Anhaltspunkten tätig geworden ist, die berechtigte Zweifel an der Sicherheit der zugelassenen Dienste und bestätigten Anwendungen begründeten.

Begründung zum TSVG:

***Zu Absatz 1 Satz 12* – GE – Anmerkung: Siehe Neufassung von Satz 7 bis 19 durch den 14. Ausschuss**
Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.
Zu Absatz 1a Satz 13 und 14
Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, die funktionalen Anforderungen, die Sicherheitsanforderungen und das Zulassungsverfahren für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. Im Rahmen der Festlegung des Umfangs der Zulassung kann die Gesellschaft für Telematik auch entscheiden, dass beispielsweise für mobile Endgeräte der Versicherten, wie Smartphones oder Tablets, nur eine Zulassung der zusätzlichen anwendungsspezifischen Software erforderlich ist. Die Regelung stellt eine Abweichung von den Vorgaben zum Zulassungsverfahren nach § 291b Absatz 1a Satz 7 und der Sicherheitszertifizierung nach § 291b Absatz 1a Satz 5 dar, da eine Sicherheitszertifizierung nicht mehr gesetzlich gefordert wird. Diese Abstufung der Sicherheitsanforderungen zielt darauf ab, für den Zugriff auf elektronische Patientenakten auch mobile Endgeräte, wie handelsübliche Smartphones oder Tablets der Versicherten nutzbar zu machen. Daneben sollen die nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sicherheitszertifizierten Zugriffswege erhalten bleiben und vom Versicherten weiterhin genutzt werden können.
***Zu Absatz 4* – Anmerkung: Siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss**
Die Regelung ergänzt die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3* (Anmerkung: jetzt Satz 1) *für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelung auch für technische Werkzeuge in der Telematikinfrastruktur Anwendung findet, die im Apothekenbereich eingesetzt werden, ist die Erweiterung auf die Apothekerkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.
Zu Absatz 6 Satz 5
Der neu eingefügte Satz 5 bezieht das Bundesministerium für Gesundheit eng in den Informationsfluss zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein. Dadurch soll das Bundesministerium für Gesundheit schnell Informationen über Störungen nach Satz 2 bzw. Satz 4 erhalten.
***Zu Absatz 9* – GE – Anmerkung: entfallen durch den 14. Ausschuss**
Der neu angefügte Absatz 9 räumt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Erfüllung seiner Aufgaben ein Informations- und Akteneinsichtsrecht gegenüber der Gesellschaft für Telematik ein. Es handelt sich dabei um ein umfassendes Informationsrecht und die Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen bezüglich der Erfüllung aller gesetzlichen Aufgaben und Pflichten der Gesellschaft für Telematik.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
zu Satz 7 bis 19
Die Regelung dient dem Zweck, die semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Strukturierte elektronische Dokumente sollen von allen Leistungserbringern, den Versicherten sowie perspektivisch auch von der Versorgungsforschung gleich interpretiert und darüber hinaus maschinell verarbeitet werden können.
Die dafür notwendigen Aufgaben werden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen, die sowohl die übrigen in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen als auch die Gesellschaft für Telematik selber, die maßgeblichen fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, die Bundespsychotherapeutenkammer, die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, die für die Wahrnehmung der Interessen

der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbände und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information einbeziehen muss. Die bereits für den elektronischen Medikationsplan und für die Notfalldaten getroffenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Um ein transparentes, partizipatives und ergebnisorientiertes Verfahren bei der Herstellung des Benehmens sicherzustellen und zu gewährleisten, dass die Expertise aller Sektoren, unter anderem auch der Forschung und Wissenschaft sowie des stationären Bereichs einbezogen wird, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung spätestens vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Verfahrensordnung für die Herstellung des Benehmens zu erstellen. Sobald die Verfahrensordnung vorliegt, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb weiterer vier Wochen das Benehmen mit den nach Satz 7 zu Beteiligenden herzustellen. Um Verzögerungen zu vermeiden, kann die Gesellschaft für Telematik, orientiert an den Anforderungen des von ihr erarbeiteten jeweiligen Projektstands zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Erarbeitungsprioritäten und Fristen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 setzen. Für den Fall, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die ihr entsprechend dem jeweiligen Projektstand gesetzte Frist nicht einhält, kann die Gesellschaft für Telematik die Aufgabe nach Satz 7 der Deutschen Krankenhausgesellschaft übertragen. Das Verfahren nach Ablauf der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesetzten Frist, wie zum Beispiel Vorlage der bis zum Fristablauf erarbeiteten Ergebnisse durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Fristsetzung für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Einbeziehung der bereits getroffenen Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die weiteren Arbeiten, Nutzung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 9 und 10 erstellten Verfahrensordnung, legt die Gesellschaft für Telematik fest. Bei der Festlegung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, hat diese ebenfalls die Vorgaben der Sätze 7 und 8 zu berücksichtigen. Ebenso wie die Entscheidungen der Gesellschaft für Telematik sind auch die Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder für den Fall, dass die Aufgabe auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft übergeht, deren Entscheidungen, für alle Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach dem SGB V verbindlich. Die Entscheidungen können allerdings durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in gleicher Sache ersetzt werden. Maßgeblich sind die im Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik festgelegten Stimmenanteile. Dadurch, dass keine Zustimmung der anderen Leistungserbringer erforderlich ist sondern nur die Möglichkeit besteht, Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch andere Entscheidungen in gleicher Sache zu ersetzen, werden Blockadesituationen von vorneherein vermieden. Die Festlegungen sind im Interoperabilitätsverzeichnis zu veröffentlichen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten von der Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Diese können auch dafür verwendet werden, die fachliche Unterstützung durch die medizinischen Fachgesellschaften und die Bundesverbände der Pflege mit zu finanzieren. Das gleiche gilt für den Fall, dass die Aufgabe auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft übergeht.

Zu Satz 20 und 21

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Satz 9 bis 14 – **aufgehoben**

Die Regelungen in den bisherigen Sätzen 9 bis 14 enthalten Fristen, die in der Vergangenheit liegen und bei denen die entsprechenden Maßnahmen bereits durchgeführt wurden. Das gleiche gilt für die dort geregelten Sanktionen. Die Regelungen können daher entfallen.

Zu Absatz 1a Satz 13 und 14

Mit der Änderung wird die Frist zur Veröffentlichung der Festlegungen für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten an das Inkrafttreten dieses Gesetzes geknüpft.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Anpassung des Gesellschaftsvertrages im Hinblick auf den Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die angestrebte Mehrheitsbeteiligung wird durch die Festlegung der Geschäftsanteile auf 51 Prozent sichergestellt. Die übrigen Geschäftsanteile werden entsprechend der bisherigen Verteilung der Geschäftsanteile hälftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aufgeteilt. Darüber hinaus werden die Mehrheitserfordernisse für die Beschlussfassung durch die Gesellschafter geändert. Um zukünftig die Herbeiführung von Beschlüssen zu erleichtern und dadurch die Verfahren insgesamt zu beschleunigen, soll für Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik grundsätzlich die einfache Mehrheit der Stimmen ausreichen, sofern nicht zwingende gesetzliche Mehrheitserfordernisse dem entgegenstehen. Dies macht es möglich, auch all diejenigen Maßnahmen von Seiten der Gesellschaft für Telematik in die Wege zu leiten, die für eine fristgerechte Zurverfügungstellung von elektronischen Patientenakten durch die Krankenkassen noch erforderlich sind. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig

Gesellschafter sein wird, kann die Vorschrift, die das Bundesministerium für Gesundheit bisher zur Teilnahme an Gesellschafterversammlungen berechtigte, entfallen.
Zu Absatz 2a Satz 9 und 10
Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit zukünftig selber Gesellschafter sein wird, und in dieser Funktion die Mitglieder des Beirats berufen und an Sitzungen des Beirats teilnehmen kann, ist ein zusätzliches Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Benennung der Beiratsmitglieder und ein gesondertes Teilnahmerecht an Sitzungen des Beirats nicht mehr erforderlich. Die Regelungen können daher entfallen.
***Zu Absatz 3* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Gesellschaft für Telematik gegründet ist und sich auch zukünftig nicht mehr ohne Zustimmung der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit auflösen kann, kann die Regelung entfallen.
***Zu Absatz 9* – GE – Anmerkung: entfallen**
Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Die Informationsrechte für das Bundesministerium für Gesundheit können entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik ist.
Zu Absatz 4
Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Das bisher dem Bundesministerium für Gesundheit zustehende Recht zur Beanstandung der Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik sowie zur Ersatzvornahme kann entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, Mehrheitsgesellschafter ist und an der Beschlussfassung unmittelbar beteiligt ist. Die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bisher im Rahmen der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik. Dem entsprechend erhält der oder die Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Beschlussfassung, sofern Belange des Datenschutzes berührt sind. Gleiches gilt für das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, sofern Belange der Datensicherheit berührt sind. Die Regelung ergänzt darüber hinaus die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3 für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelung auch für technische Werkzeuge in der Telematikinfrastruktur Anwendung findet, die im Apothekenbereich eingesetzt werden, ist die Erweiterung auf die Apothekerkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.
***Zu Absatz 5* – aufgehoben**
Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in Absatz 2a. Da die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit entfällt kann auch die Regelung zur Kostenerstattung hierfür entfallen.
Zu Absatz 6 Satz 4
Redaktionelle Folgeänderung.

Begründung zum Gesetz … Richtlinie (EU) 2016/1148 zum Anfügen von Absatz 8:

Die gematik als Betreiber der Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 SGB V sowie die Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e SGB V zugelassenen Dienste und die Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b SGB V bestätigte Anwendungen nutzen, unterliegen bereits nach § 291b umfassenden technischen und verfahrensmäßigen Vorgaben, die die Vorgaben des Artikels 14 Absatz 1 bis 3 der NIS-Richtlinie erfüllen. § 291b Absatz 1 SGB V enthält an die gematik gerichtete technische und funktionale Vorgaben, einschließlich der Vorgaben zur Erstellung eines Sicherheitskonzepts und zur Einbeziehung des BSI in die Festlegung der Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur.
In Absatz 1a ist das für einzelne Komponenten und Dienste erforderliche Zulassungsverfahren geregelt. In den Absätzen 1b bis 1e sind die weiteren Rahmenbedingungen für den Betrieb und die Nutzung der Telematikinfrastruktur geregelt, mit denen die Erfüllung des Auftrags der Gesellschaft für Telematik, den Betrieb und die Nutzung der Telematikinfrastruktur gegenüber den Betreibern von Diensten der Telematikinfrastruktur und den Betreibern von Diensten, die die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b SGB V bestätigte Anwendungen nutzen, sicherzustellen, gewährleistet wird. In Absatz 6 Satz 2 bis 4 ist eine Pflicht zur Meldung erheblicher Störungen für die Betreiber vorgesehen. Zentrale Meldestelle ist das BSI; an das BSI hat die Gesellschaft für Telematik Meldungen der Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur und der Betreiber von Diensten, die die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b SGB V bestätigte Anwendungen nutzen, unverzüglich weiterzuleiten.

Die gematik sowie die Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e SGB V zugelassenen Dienste und Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b SGB V bestätigte Anwendungen nutzen, unterliegen zudem bereits einer Aufsicht, die teilweise den Vorgaben des Artikel 15 der NIS-Richtlinie entspricht. Nach Artikel 15 Absatz 1 und 2 der NIS-Richtlinie muss die zuständige Behörde die Umsetzung der organisatorischen und technischen Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse, die für die Funktionsfähigkeit Kritischer Infrastrukturen maßgeblich sind, überprüfen können und von den Betreibern Kritischer Infrastrukturen verlangen können, dass sie die zur Bewertung der Sicherheit ihrer Netz- und Informationssysteme erforderlichen Informationen, einschließlich der Dokumentation der Sicherheitsmaßnahmen, zur Verfügung stellen. Der Nachweis für eine wirksame Umsetzung der Sicherheitsmaßnahmen kann wie bisher durch einen qualifizierten Prüfer erbracht werden, der die Anforderungen nach Absatz 4 erfüllt. Für diesen Fall sieht die NIS-Richtlinie vor, dass neben den Ergebnissen der Überprüfung durch einen qualifizierten Prüfer auch die Nachweise verlangt werden können, die diesen Ergebnissen zugrunde gelegt worden sind. Artikel 15 Absatz 3 der NIS-Richtlinie sieht vor, dass die zuständige Behörde den Betreibern verbindliche Anweisungen zur Abhilfe der festgestellten Mängel erteilen kann. Im Rahmen ihres Auftrags, den Betrieb und die Nutzung der Telematikinfrastruktur sicherzustellen, verfügt die gematik über umfassende Aufsichtsbefugnisse gegenüber den Betreibern von Diensten der Telematikinfrastruktur und den Betreibern von Diensten, die die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b SGB V bestätigte Anwendungen nutzen. Hierzu zählen neben den in den Absätzen 6 und 7 genannten Befugnissen zu Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und Überwachung auch die nähere Ausgestaltung der Zulassungsverfahren. Die gematik selbst unterliegt hinsichtlich der Umsetzung der für sie als Betreiber der Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 SGB V geltenden Anforderungen und Meldepflichten allerdings nur einer eingeschränkten Aufsicht. Hierzu zählt insbesondere auch die Einbindung des BSI bereits bei der Erstellung von Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur, die nach Absatz 1 im Einvernehmen zu erfolgen hat, und der Zulassung von Komponenten und Diensten nach Absatz 1a.
Die Festlegung der Vorgaben und der Kriterien für das Bestätigungsverfahren für Betreiber von Diensten und Anwendungen für die Telematikinfrastruktur, sowie die Vornahme von Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und Überwachung nach Absatz 6 und 7 erfolgen durch die gematik allerdings lediglich in Abstimmung mit dem BSI. „In Abstimmung" bedeutet im Sinne der Vorschriften dabei, dass über ein Stellungnahmerecht hinaus ein Diskussionsprozess mit dem Ziel einer einvernehmlichen Lösung stattfindet. Die Einigung mit dem BSI stellt den Regelfall dar. Im Falle einer Entscheidung gegen die Auffassung des BSI durch die gematik ist diese Entscheidung gesondert und nachvollziehbar zu dokumentieren und zu begründen. Mit dem neuen § 291a Absatz 8 SGB V wird ergänzend sichergestellt, dass das BSI in diesen Fällen die Entscheidung prüfen und entsprechend den Vorgaben in Artikel 15 Absatz 3 der NIS-Richtlinie verbindliche Anweisungen zur Abhilfe der festgestellten Mängel erteilen kann. In Absatz 8 werden insbesondere Sicherheitsmängel betrachtet, die zu einer Störung der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität oder Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse führen können. Absatz 8 Satz 1 bezieht sich ausschließlich auf sicherheitsrelevante Informationen.

§ 291c

Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik

(1) Bei der Gesellschaft für Telematik ist eine Schlichtungsstelle einzurichten.

(2) [1] Die Schlichtungsstelle hat einen unparteiischen Vorsitzenden. [2] Über den unparteiischen Vorsitzenden sollen sich die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik einigen. [3] Kommt nach Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitzenden.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen, die übrigen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten **Spitzenorganisationen** können einen gemeinsamen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen. [2] Die Amtsdauer der Mitglieder der Schlichtungsstelle beträgt zwei Jahre. [3] Wiederbenennung ist zulässig.

(4) Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf.

(5) [1] Die Selbstverwaltungsorganisationen tragen die Kosten für die von ihnen benannten Vertreter jeweils selbst. [2] Die Kosten für den unparteiischen Vorsitzenden sowie die sonstigen Kosten der Schlichtungsstelle werden aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik finanziert.

(6) – aufgehoben

(7) [1] Jedes Mitglied der Schlichtungsstelle hat eine Stimme. [2] Die Schlichtungsstelle entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. [3] Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.

(8) [1] Die Gesellschaft für Telematik oder die von ihr beauftragten Organisationen sind verpflichtet, der Schlichtungsstelle nach deren Vorgaben unverzüglich zuzuarbeiten. [2] Der unparteiische Vorsitzende kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen.

(9) [1] Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. [2] Bei der Prüfung der Entscheidung hat das Bundesministerium für Gesundheit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Entscheidung, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstößt, innerhalb von einem Monat beanstanden. [4] Werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit anstelle der Schlichtungsstelle entscheiden. [5] Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung seiner Entscheidung unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. [6] Die Entscheidungen nach den Sätzen 1 und 4 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie können nur durch eine alternative Entscheidung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in gleicher Sache ersetzt werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung in Absatz 3 Satz 1, das Aufheben von Absatz 6 und Absatz 7 Satz 1 bis 3 wie folgt:

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7.
Als Mehrheitsgesellschafter kann die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig verhindern, dass ein Beschlussvorschlag in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschaft für Telematik keine Mehrheit erhält. Die Vorschriften, die das Schlichtungsverfahren für diesen Fall regeln, können daher entfallen.

§ 291d

Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme, Verordnungsermächtigung

(1) [1] In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in

1. der vertragsärztlichen Versorgung,
2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und
3. Krankenhäusern

sind offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel zu integrieren. [2] Die Integration der Schnittstellen muss spätestens zwei Jahre, nachdem die jeweiligen Festlegungen nach den Absätzen 2 bis 4 in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufgenommen worden sind, erfolgt sein. [3] Informationstechnische Systeme, in die nach Satz 1 Schnittstellen integriert worden sind, bedürfen der jeweiligen Bestätigung nach den Absätzen 2 bis 4, bevor sie eingesetzt werden dürfen.

(1a) [1] Absatz 1 gilt entsprechend für die Integration von offenen und standardisierten Schnittstellen für

1. elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln zugelassen sind, und
2. elektronische Programme, die auf Grund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Meldungen und Benachrichtigungen zugelassen sind.

[2] Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind, sind die Vorgaben nach § 73 Absatz 9 und der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 zu berücksichtigen.

[3] Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die auf Grund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind, sind die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu berücksichtigen; zudem ist ein Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen. [4] Die Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 und die Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes können für die Integration von Schnittstellen für die elektronischen Programme ein Frist festlegen, die von der in Absatz 1 Satz 2 genannten Frist abweicht.

(1b) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Fristen für die Integration weiterer offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme nach Absatz 1 Satz 1 festzulegen.

(2) [1] Für die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. [2] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. [3] Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(3) [1] Für die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. [2] Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. [3] Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) [1] Für die in den Krankenhäusern eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. [2] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. [3] Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(5) Die nach den Absätzen 2 bis 4 für die Festlegung zuständigen Organisationen stimmen sich mit dem Ziel ab, bei inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Schnittstellen sektorübergreifende einheitliche Vorgaben zu treffen.

(6) Die nach den Absätzen 2 bis 4 getroffenen Festlegungen sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz … epid. Überwachung übertragbarer Krankheiten die Neufassung von Absatz 1 und das Anfügen von Absatz 1a und 1b wie folgt:

> *Die Absätze 1 und 1a verfolgen das Ziel, die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser (Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme), die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden, voranzubringen. Dazu wird eine Verpflichtung aufgenommen, dass die Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel in informationstechnische Systeme zu integrieren sind (Absatz 1 Satz 1). Diese Integration hat nach Absatz 1 Satz 2 innerhalb einer zweijährigen Umsetzungsfrist zu erfolgen und beginnt mit Aufnahme der jeweils getroffenen Festlegungen nach den Absätzen 2 bis 4 in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e (§ 291d Absatz 6).*
> *Voraussetzung für den Einsatz von Praxisverwaltungssystemen bzw. Krankenhausinformationssystemen in der vertragsärztlichen Versorgung, der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Krankenhaus ist eine Bestätigung der für den jeweiligen Versorgungsbereich zuständigen Organisation nach den Absätzen 2 bis 4, dass das System die für den jeweiligen Versorgungsbereich getroffenen Festlegungen erfüllt (Absatz 1 Satz 3).*
> *Nach Absatz 1a Satz 1 sind in informationstechnische Systeme Schnittstellen für solche elektronische Pro-*

gramme zu integrieren, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln und die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Meldungen und Benachrichtigungen zugelassen sind. Dies ist erforderlich, um unabhängig vom jeweils genutzten Praxisverwaltungssystem entsprechende elektronische Programme nutzen zu können. Mit der entsprechenden Geltung des Absatzes 1 ist sowohl die Verpflichtung zur Schnittstellenintegration (Absatz 1 Satz 1), als auch die zeitliche Umsetzungsfrist (Absatz 1 Satz 2) erfasst, von der allerdings nach Satz 4 Abweichungen möglich sind. Entsprechend Absatz 1 Satz 3 ist nach erfolgter Schnittstellenintegration auch hier eine Bestätigung der informationstechnischen Systeme erforderlich.
Bei den jeweiligen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind, sind die Vorgaben nach § 73 Absatz 9 und der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 zu berücksichtigen (Absatz 1a Satz 2).
Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind, sind die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu berücksichtigen und ist ein Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen (Absatz 1a Satz 3).
Die Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 und die Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes können zudem einen von Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitpunkt festlegen, ab dem offene und standardisierte Schnittstellen für die entsprechenden elektronischen Programme zu integrieren sind (Absatz 1a Satz 4).
Um auf weitere Erfordernisse für offene und standardisierte Schnittstellen in Zukunft reagieren zu können, erhält das Bundesministerium für Gesundheit eine Ermächtigung zur Festlegung von Fristen für die Integration weiterer Schnittstellen im Verordnungswege (Absatz 1b).

§ 291e

Interoperabilitätsverzeichnis

(1) [1] Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 30. Juni 2017 ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis für technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen aufzubauen und dieses Interoperabilitätsverzeichnis zu pflegen und zu betreiben. [2] Das Interoperabilitätsverzeichnis dient der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen.

(2) Das Interoperabilitätsverzeichnis ist für die Nutzung öffentlich zur Verfügung zu stellen.

(3) [1] Die Gesellschaft für Telematik erstellt hinsichtlich des Interoperabilitätsverzeichnisses eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. [2] Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. [3] Sie ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen. [4] Die Geschäfts- und Verfahrensordnung regelt das Nähere

1. zum Aufbau, zur Pflege und zum Betrieb sowie zur Nutzung des Interoperabilitätsverzeichnisses,
2. zur Benennung der Experten und zu deren Kostenerstattung nach Absatz 5,
3. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen nach den Absätzen 7 bis 9 in das Interoperabilitätsverzeichnis sowie
4. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen in das Informationsportal nach Absatz 11.

(4) [1] Für die Aufnahme von Informationen nach Absatz 8 in das Interoperabilitätsverzeichnis kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. [2] Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(5) [1] Die Gesellschaft für Telematik benennt mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit Experten, die über Fachwissen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Informationstechnik und Standardisierung im Gesundheitswesen verfügen. [2] Die Experten sind aus folgenden Gruppen auszuwählen:

1. Anwendern informationstechnischer Systeme,
2. für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen,

3. Ländern,
4. fachlich betroffenen Bundesbehörden,
5. fachlich betroffenen nationalen und internationalen Standardisierungs- und Normungsorganisationen sowie
6. Vertretern wissenschaftlicher Einrichtungen.

[3] Die Experten können der Gesellschaft für Telematik für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses Empfehlungen geben. [4] Die Gesellschaft für Telematik erstattet den Experten die ihnen durch die Mitarbeit entstehenden Kosten.

(6) [1] Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über den Stand des Aufbaus, der Pflege und der Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu informieren. [2] Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über elektronische Informationstechnologien zu beteiligen bei

1. Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2,
2. Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 sowie
3. Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1.

[3] Hierzu hat die Gesellschaft für Telematik die Entwürfe der Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2, der Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 und der Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. [4] Die Entwürfe sind mit dem Hinweis zu veröffentlichen, dass Stellungnahmen während der Veröffentlichung abgegeben werden können. [5] Die eingegangenen Stellungnahmen hat die Gesellschaft für Telematik auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen und in die weitere Prüfung der Entwürfe einzubeziehen.

(7) [1] Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, die die Gesellschaft für Telematik zur Nutzung in Anwendungen nach den §§ 291 und 291a Absatz 2 und 3 festgelegt hat (Interoperabilitätsfestlegungen), sind frühestmöglich, jedoch spätestens dann in das Interoperabilitätsverzeichnis aufzunehmen, wenn sie für den flächendeckenden Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur freigegeben sind. [2] Vor Festlegungen nach Satz 1, die die Gesellschaft für Telematik nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trifft, hat sie den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. [4] Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. [5] Die Stellungnahmen sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(8) [1] Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, deren Aufnahme nicht nach dem in Absatz 7 geregelten Verfahren erfolgt, nimmt die Gesellschaft für Telematik auf Antrag in das Interoperabilitätsverzeichnis auf. [2] Antragsberechtigt sind die Anwender der informationstechnischen Systeme und deren Interessenvertretungen, die Anbieter informationstechnischer Systeme, wissenschaftliche Einrichtungen sowie Standardisierungs- und Normungsorganisationen. [3] Vor Aufnahme in das Interoperabilitätsverzeichnis bewertet die Gesellschaft für Telematik, inwieweit die technischen und semantischen Standards, Profile und Leitfäden den Interoperabilitätsfestlegungen nach Absatz 7 Satz 1 entsprechen. [4] Vor ihrer Bewertung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. [6] Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. [7] Die Stellungnahmen der Experten sowie die Bewertung der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(9) [1] Die Gesellschaft für Telematik kann die Zusammenarbeit der Standardisierungs- und Normungsorganisationen unterstützen und im Interoperabilitätsverzeichnis enthaltene technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden nach Absatz 8 als Referenz für informationstechnische Systeme im

Gesundheitswesen empfehlen. [2] Vor ihrer Empfehlung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 sowie bei Empfehlungen zur Datensicherheit und zum Datenschutz dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [3] Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen und Vorschläge in ihre Entscheidung einzubeziehen. [4] Die Stellungnahmen und Vorschläge der Experten sowie die Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(10) [1] Elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen dürfen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur ganz oder teilweise finanziert werden, wenn die Anbieter der elektronischen Anwendungen die Festlegungen nach Absatz 7 Satz 1 sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 beachten. [2] Anbieter einer elektronischen Anwendung im Gesundheitswesen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 oder einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen.

(11) [1] Als Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses hat die Gesellschaft für Telematik ein Informationsportal aufzubauen. [2] In das Informationsportal aufgenommen werden auf Antrag Informationen insbesondere über den Inhalt, den Verwendungszweck und die Finanzierung von elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen, insbesondere von telemedizinischen Anwendungen. [3] Antragsberechtigt sind Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung. [4] Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag zu stellen. [5] Das Nähere zu den Inhalten des Informationsportals und zu den Mindestinhalten des Antrages nach Satz 2 legt die Gesellschaft für Telematik in der Geschäfts- und Verfahrensordnung nach Absatz 3 fest.

(12) [1] Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht vor. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. [3] Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses. [4] Außerdem enthält er eine Einschätzung zur Standardisierung im Gesundheitswesen sowie Empfehlungen zur Harmonisierung der Standards. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte für den Bericht bestimmen. [6] Im Abstand von zwei Jahren ist ein neuer Bericht zu erstellen und vorzulegen.

§ 291f

Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) [1] Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 erhöht sich im Jahr 2017 um eine Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. [2] Der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste ist bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. [3] § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. [4] Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird.

(2) [1] Das Nähere, insbesondere über Inhalt und Struktur des elektronischen Briefs, zur Abrechnung, zu Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden, und Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen, regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in einer Richtlinie. [2] In der Richtlinie ist festzulegen, dass für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. [3] Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. [4] Bei der Prüfung der Richtlinie ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für

Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden.

(3) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in der Richtlinie enthaltenen Vorgaben erfüllt. [2] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) [1] Die Abrechnung des Zuschlags nach Absatz 1 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach Absatz 3 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird. [2] Die Abrechnung eines Zuschlags nach Absatz 1 ist über die Voraussetzungen des Satzes 1 hinaus nur zulässig, wenn der elektronische Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen ist, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 erzeugt wurde.

(5) [1] Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlags durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 vereinbart. [2] Der Zuschlag darf nur vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Vertragszahnärzte.

§ 291g

Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung und zur Videosprechstunde

(1) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart bis zum 30. Juni 2016 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. [2] Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. [3] Bei der Prüfung der Vereinbarung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Vereinbarung innerhalb von einem Monat beanstanden.

(2) [1] Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 31. März 2016 zustande, so ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. [2] Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. [3] Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 und der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. [4] Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 innerhalb von zwei Wochen. [5] Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. [6] Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(3) Sofern die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 30. Juni 2016 getroffen wird, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Vereinbarung über technische Verfahren zu Videosprechstunden entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. September 2016 zu treffen ist.

(5) [1] **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k.** [2] **Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.**

Begründung zum PpSG zum Anfügen von Absatz 5:

Die Vereinbarung ist Grundlage für die nach § 87 Absatz 2k vorzunehmende Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die zahnärztlichen Leistungen und soll eine technisch und datenschutzrechtlich sichere Ausgestaltung der Anwendungen gewährleisten.

§ 292

Angaben über Leistungsvoraussetzungen

[1] Die Krankenkasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. [2] Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. [3] Im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auch die Diagnosen aufzuzeichnen.

§ 293

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) [1] Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr, einschließlich des Einsatzes elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen. [2] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2 gemeinsam vereinbaren mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande, kann dieses im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

(4) [1] Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen. [2] Das Verzeichnis enthält folgende Angaben:

1. Arzt- oder Zahnarztnummer (unverschlüsselt),
2. Hausarzt- oder Facharztkennung,
3. Teilnahmestatus,
4. Geschlecht des Arztes oder Zahnarztes,
5. Titel des Arztes oder Zahnarztes,
6. Name des Arztes oder Zahnarztes,
7. Vorname des Arztes oder Zahnarztes,

8. Geburtsdatum des Arztes oder Zahnarztes,
9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
13. Beginn der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarztnummer und
14. Ende der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarztnummer.

[3] Das Verzeichnis ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. [4] Die Arzt- und Zahnarztnummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Arzt- und Zahnarztnummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. [5] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarztnummern enthält, welche Vertragsärzte und -zahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts verwenden. [6] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. [7] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden.

(5) [1] Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung. [2] Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. [3] Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. [4] Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis und die Änderungen nach Satz 2 auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungskosten zu tragen. [5] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. [6] Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen weitergeben. [7] Das Verzeichnis darf nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden. [8] Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. [9] Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.

(6) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer

Ambulanzen. [2] Sie können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. [3] In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. [4] Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. [5] Das Verzeichnis ist in nach Satz 10 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. [6] Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. [7] Die Kostenträger nutzen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. [8] Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, sofern dies zur Erfüllung der ihm nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. [9] Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. [10] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch die Führung und die Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

[11] § 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 10.

(7) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte. [2] Sie können einen Dritten mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen; für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. [3] Das Verzeichnis enthält für alle Ärzte nach Satz 1 folgende Angaben:

1. Arztnummer (unverschlüsselt),
2. Angaben des Arztes nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 bis 8,
3. Datum des Staatsexamens,
4. Datum der Approbation,
5. Datum der Promotion,
6. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet,
7. Kennzeichen im Verzeichnis nach Absatz 6 des Krankenhauses, in dem der Arzt beschäftigt ist,
8. Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus und
9. Datum des Endes der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus.

[4] Die Arztnummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. [5] Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle

auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. [6] Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft je zur Hälfte. [7] Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Führung des Verzeichnisses beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. [8] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. [9] Die Krankenhäuser und die Krankenkassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens zum 1. Januar 2019 in den gesetzlich bestimmten Fällen. [10] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Angaben nach Satz 3 Nummer 1 sowie der Verarbeitung der Angaben nach Satz 3 Nummer 2 bis 9,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung sowie das Verfahren zur Löschung von Einträgen und
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Angaben sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Angaben.

[11] Die Vereinbarung nach Satz 10 ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie deren jeweiligen Mitglieder und für die Leistungserbringer verbindlich. [12] **Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.**

Begründung zum TSVG zu Absatz 7 Satz 12:

Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 293 Absatz 7 (Vereinbarungen zum Verzeichnis der in Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 7 wie folgt:

Anmerkung: Siehe Neufassung von Satz 12 durch TSVG

Das geltende Recht sieht bereits ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und ihrer Ambulanzen entsprechend einer bundeseinheitlich bestimmten Definition vor (§ 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG). Ergänzend wird mit der Neuregelung ein bundesweites Verzeichnis der in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben zunächst nur im Bereich des Entlassmanagements (§ 39 SGB V).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis. Sollte keine Vereinbarung getroffen werden, entscheidet das Bundesschiedsamt innerhalb von drei Monaten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können nach Satz 2 einen Dritten mit der Führung des Verzeichnisses beauftragen. Mit der entsprechenden Geltung des § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) unterliegt die das Verzeichnis führende Stelle, soweit sie nicht zu den in § 35 SGB I genannten Stellen gehört, – wie auch die das bundesweite Verzeichnis der an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte nach Absatz 4 führende Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – für diese Aufgabe dem Sozialgeheimnis und hat daher zur Sicherheit der Datenverarbeitung insbesondere organisatorische und technische Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) zu treffen.

Die einzelnen Angaben im Verzeichnis und die entsprechenden Regelungen erfolgen in Anlehnung an die Regelungen in Absatz 4 unter Ergänzung der Besonderheiten und Notwendigkeiten im Bereich der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Diese Angaben dienen der Transparenz und sind zum Nachweis der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte für die gesetzlichen Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V erforderlich, insbesondere für die Verordnung von Arzneimitteln und anderen

Leistungen und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach den jeweiligen Richtlinienanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ausgestaltung der Verordnungsrechte.
Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen je zur Hälfte. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Führung des Verzeichnisses beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG zu finanzieren.
Im Fall der Beauftragung nach Satz 2 beschreibt der Auftrag das Nähere zum Verfahren. Dabei soll die das Verzeichnis führende Stelle dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Verzeichnis bis spätestens zum 31. Dezember 2018 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung stellen. Änderungen des Verzeichnisses sind diesen in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln.

Zweiter Abschnitt

Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz

Erster Titel

Übermittlung von Leistungsdaten

§ 294

Pflichten der Leistungserbringer

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.

§ 294a

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

(1) [1] Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. [2] Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1. [3] Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung einer oder eines volljährigen Versicherten sein können, besteht die Mitteilungspflicht nach Satz 1 nur dann, wenn die oder der Versicherte in die Mitteilung ausdrücklich eingewilligt hat.

(2) [1] Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. [2] Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 2
Die Ergänzung in Satz 2 um den sexuellen Übergriff, die sexuelle Nötigung und die Vergewaltigung dient der Erfassung von Fällen, bei denen die oder der Versicherte Opfer eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder Vergewaltigung im Sinne des § 177 des Strafgesetzbuches (StGB) ist. Die Ergänzung ist im Hinblick auf Jugendliche (Personen unter sechzehn bzw. unter achtzehn Jahren) erforderlich. Diese Personengruppen werden durch die Nennung des sexuellen Missbrauchs bislang nicht zwingend erfasst. Demgegenüber sind sexuelle Handlungen zum Nachteil von Kindern in jeglicher Form verboten, stets nach den §§ 176 ff. StGB strafbar und damit vom in Satz 2 bereits genannten sexuellen Missbrauch erfasst. Die Ergänzung im Hinblick auf den sexuellen Übergriff orientiert sich an der geplanten Neufassung des § 177 StGB, welche mit dem Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches – Verbesserung des Schutzes der sexuellen Selbstbestimmung in Kraft treten soll.

Zu Satz 3
Der neu angefügte Satz 3 knüpft die Verpflichtung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen sowie der Krankenhäuser nach § 108, den Krankenkassen in Fällen drittverursachter Gesundheitsschäden als möglicher Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung die nach Satz 1 erforderlichen Daten zu übermitteln, an die Einwilligung der volljährigen betroffenen Patientinnen und Patienten. In diesen Fällen sind zunächst die betroffenen Patientinnen und Patienten zu fragen, ob sie in eine Übermittlung der Angaben an die Krankenkassen einwilligen. Nur wenn diese Einwilligung ausdrücklich erteilt wird, besteht eine Übermittlungspflicht. Der Begriff der Misshandlung umfasst sowohl eine physische als auch eine psychische Einwirkung, die einen Gesundheitsschaden zur Folge hat.
Die bisherige Regelung sieht eine Übermittlung der Angaben unabhängig vom Willen der betroffenen Patientinnen und Patienten vor. Dies kann sich kontraproduktiv auf den Gesundungs- und Bewältigungsprozess auswirken. Darüber hinaus wird durch die Neuregelung die Schweigepflicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte gestärkt, die es vielen Betroffenen erleichtert, über Gewalterfahrungen und aktuelle Gefährdungen zu sprechen. Auch eine sich ggf. anhand der Übermittlung der Angaben an die Krankenkasse ergebende Regressforderung der Krankenkasse gegenüber der gewaltausübenden Person kann sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken und Betroffene in massive Gefährdungssituationen bringen. Die Neuregelung trägt diesen Bedenken Rechnung, indem die Übermittlungsverpflichtung nur dann besteht, wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten eingewilligt haben.

*§ 295

Abrechnung ärztlicher Leistungen

*** Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2021 wird die Überschrift wie folgt gefasst: „§ 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“ (vgl. Artikel 17 Absatz 5 TSVG)**

*(1) [1] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, der Uhrzeit der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes **und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,** sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. [2] Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. [4] Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. [5] Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt. [6] **Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnosenschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedurenschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.**

*** Anmerkung: Mit Wirkung ab 1. Januar 2021 wird Satz 1 Nummer 1 wie folgt gefasst: „1. die von ihnen fest-**

gestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten," und folgender Satz angefügt: „[7] Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind." (vgl. Artikel 17 Absatz 5).

(1a) Für die Erfüllung der Aufgaben nach **§ 106d** sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

(1b) [1] Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. [2] Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen [richtig: spezialfachärztlichen] Versorgung teilnehmen, sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen. [3] Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die Datenstelle nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. [4] Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. [5] § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. [6] Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. [7] Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.

(2) [1] Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7,
2. Arzt- oder Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarztnummer des überweisenden Arztes **und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde**,
3. Art der Inanspruchnahme,
4. Art der Behandlung,
5. Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung,
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
7. Kosten der Behandlung.

[2] Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g

die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen, soweit sie an der Durchführung dieser Programme beteiligt sind. [3] Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben nach Satz 1 für Versicherte, die an den Programmen nach § 137f teilnehmen, versichertenbezogen. [4] § 137f Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.

(2a) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, sind verpflichtet, die Angaben gemäß § 292 aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.

(3) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen,
2. Form und Inhalt der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke,
3. die Erfüllung der Pflichten der Vertragsärzte nach Absatz 1,
4. die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 2, insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren Verbände,
5. Einzelheiten der Datenübermittlung einschließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur und der Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296 und 297.

(4) [1] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. [2] Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. [3] **Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022.** [4] **Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren.** [5] **Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3, den §§ 73b, 76 Absatz 1a, den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, den §§ 117 bis 119, 119c, 120 Absatz 1a, den §§ 121a, 137f und 140a sowie für die Leistungserbringung nach § 115b.** [6] **Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.** [7] **Die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben nach Satz 3 und die jährliche Aktualisierung nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beschließen, sofern Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 wesentlich von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach den §§ 73b und 140a, vergeben werden.**

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1 Satz Nummer 3
Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist von dem hausärztlich tätigen Leistungserbringer zusätzlich in den Abrechnungsunterlagen die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem erfolgreich ein Termin vermittelt wurde. Bereits nach geltendem Recht ist vorgesehen, dass bei Überweisungsfällen, die Arztnummer des überweisenden Arztes bei der Abrechnung anzugeben ist.
Zu Absatz 1a
Die Regelung behebt einen Verweisfehler. Statt § 106a soll § 106d in Bezug genommen werden.

Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 2
Für die Überprüfung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins und damit für die Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen benötigen diese ebenfalls die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde. Ist keine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins zustande gekommen, besteht für die Krankenkassen keine Leistungspflicht.
***Zu Absatz 4 Satz 3 bis 6* – Anmerkung: Siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss und Anfügen von Satz 7**
Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (einschließlich der entsprechend ermächtigten Leistungserbringer) sind verpflichtet, die Behandlungsdiagnosen und Prozeduren im Hinblick auf die Patientinnen und Patienten nach der aktuell in Deutschland geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) und nach der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen (OPS) aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind Bestandteil der Leistungserbringung und fließen in die Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein. Auch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen sind die dokumentierten Diagnosen von Bedeutung. Darüber hinaus sind sie im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses u. a. im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes relevant.
Voraussetzung für eine valide Morbiditätsmessung ist eine präzise und einheitliche Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen und Prozeduren. Einheitliche und verbindliche Regelungen zur Kodierung stellen hierbei ein wichtiges Instrument dar, um vergleichbare Fälle auch gleich zu kodieren. Sie stärken zugleich die Manipulationsresistenz. Die KBV wird daher beauftragt, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Hierbei sind eine benutzerfreundliche und bürokratiearme Ausgestaltung in den Praxisverwaltungssystemen sowie eine fortlaufende Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung zu gewährleisten. Grundlage dafür können z. B. die bereits vom Zentralinstitut für die kassenärztlichen Versorgung (ZI) herausgegebenen Kodierhilfen sein. Im Rahmen der bereits bestehenden Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme wird auch sichergestellt, dass die neuen Regeln einheitlich implementiert sind und die Kodierung unabhängig vom Softwareanbieter jeweils den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Die erstmalige Festlegung hat bis zum 30. Juni 2020 zu erfolgen. Diese Version soll Grundlage dafür sein, um eine Schulung der betroffenen Ärzte sowie die Erprobung der Regelungen zur Kodierung in der Arztpraxis, als auch notwendige Anpassungen der Software der Praxisverwaltungssysteme zu ermöglichen, damit diese dann zum 1. Januar 2022 wirksam werden können.
Vor dem Hintergrund der Stärkung der Manipulationsresistenz sollen Regelungen zur Kodierung und die Kontrolle ihrer softwaretechnischen Anwendung im Rahmen der Zertifizierung durch die KBV auch für weitere Leistungserbringer nach der gesetzlichen Regelung z. B. im Rahmen von Selektivverträgen und für Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungsformen, wie z. B. dem ambulanten Operieren, gelten. Dies schließt entsprechende Altverträge z. B. nach § 73c, § 116b und § 140a mit ein. Im Hinblick auf eine zunehmende sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation ist eine Harmonisierung der Kodierung in den verschiedenen Sektoren anzustreben, mit dem Ziel Interoperabilität zu erreichen. Bei der Festlegung der ambulanten Regelungen zur Kodierung sind daher die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) im stationären Bereich, zu berücksichtigen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 4
Zu Satz 5
Mit der Regelung im neuen Satz 5 wird klargestellt, für welche Leistungserbringer im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung und im Rahmen von Selektivverträgen die verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie die Prüfmaßstäbe Anwendung finden.
Zu Satz 7
Im Hinblick auf eine zunehmende sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation ist eine Harmonisierung der Kodierung insbesondere an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Bereichs von hoher Bedeutung. Die Harmonisierung verfolgt das Ziel, dass vergleichbare Fälle unabhängig vom jeweiligen Leistungserbringer an der Schnittstelle auch gleich kodiert werden. Um eine zielgerichtete Harmonisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Schlüsseln sowie der Prüfmaßstäbe mit den Deutschen Kodierrichtlinien zu ermöglichen, soll daher die Deutsche Krankenhausgesellschaft stärker eingebunden werden. Die Vorgaben von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben als auch die jährliche Aktualisierung sollen daher im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen werden, sofern Schlüssel wesentlich auch von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach § 73b und § 140a, vergeben werden.

Begründung zum TSVG (Inkrafttreten 1. Januar 2021 vgl. Artikel 17 Absatz 5):

Zur Überschrift
Die Vorschrift regelt neben den inhaltlichen Vorgaben für die Abrechnung vertragsarztrechtlicher Leistungen auch den in diesem Zusammenhang erforderlichen Datenaustausch mit den Krankenkassen. Die Überschrift gibt das bisher nur eingeschränkt wieder und wird daher redaktionell ergänzt.
Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Satz 7
Die Regelung stellt klar, dass ab dem 1. Januar 2021 die Pflicht zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen obliegt.
Nach bisheriger Rechtslage erstreckt sich die Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bereits auf die Diagnosen in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält.
Verbunden mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der bisher mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten, stellt die Regelung klar, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt. Dies schließt zum Beispiel auch die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte mit ein, wenn eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wird. Es bleibt auch weiterhin sichergestellt, dass nur in der Meldung an die Krankenkassen die Angaben zur Diagnose enthalten sind. Die dafür erforderlichen Daten liegen im Zusammenhang mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits den Ärzten und Einrichtungen vor. Zur sicheren Übermittlung der bisher in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthaltenen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigten Daten an die Krankenkasse erfolgt die Übersendung über die Telematikinfrastruktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis.
Im Hinblick auf die den Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeräumte Möglichkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für eine Dauer bis zu sieben Tagen auszustellen, ist über § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz sichergestellt, dass die Krankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls die Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen unmittelbar elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln haben.
Da Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erst in weiteren Schritten an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, gilt für sie nicht der gesetzlich geregelte Stichtag sondern der Zeitpunkt, an dem sie sich an die Telematikinfrastruktur anbinden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 7
Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Regelungsortes. Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG das Anfügen von Absatz 1 Satz 6 wie folgt:

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 2
Mit der Regelung werden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen, soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ambulanter Leistungen erforderlich ist, auch die Uhrzeit der Leistungserbringung zu übermitteln. Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von ambulanten

Leistungen können als Abrechnungsbegründung bei der Abrechnung von Notfallleistungen, von mehr als einem Besuch oder einer Visite an demselben Tag sowie von mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebstätte an demselben Tag, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden, erforderlich sein. In der zahnärztlichen Versorgung ist die Uhrzeit ebenfalls Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen bzw. Zuschläge. Insgesamt handelt es sich aber nur um sehr wenige Gebührenordnungspositionen, bei deren Abrechnung die Angabe der Uhrzeit für die genannten Aufgaben relevant sein kann.
In welchen Fällen die Angabe der Uhrzeit erforderlich ist, ergibt sich aus dem Inhalt der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen, die durch den jeweiligen Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sowie im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen durch Beschlussfassung bestimmt werden. Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse sind zusammen mit den entscheidungserheblichen Gründen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG kann die Beschlüsse im Rahmen der Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2).
Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 5
Die von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhobenen Daten sind an die Krankenkassen weiterzugeben, sofern die Krankenkassen diese für die Durchführung ihres Prüfauftrages nach § 106d Absatz 3 benötigen. Die Bewertung der Leistungen, bei denen die Uhrzeit anzugeben ist, unterscheidet sich nicht aufgrund von unterschiedlichen Leistungsinhalten, sondern aufgrund der Uhrzeit der Leistungserbringung. Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, die Abrechnung zu prüfen, da die von ihnen zu zahlenden Anteile am zu vergütenden Behandlungsbedarf sich jeweils nach den für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen richten. Für eine mit falscher Uhrzeitangabe abgerechnete Leistung besteht auch keine Leistungspflicht der Krankenkasse im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das die Rolle der Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung deutlich gestärkt hat. Die Weitergabe der Uhrzeit ist zudem erforderlich, um die Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen durchführen zu können (Feststellung von Auffälligkeiten z. B. durch eine außergewöhnliche Häufung der Abrechnung von uhrzeitabhängigen Leistungen).

§ 295a

Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b**, § 132e, § 132f** und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

(1) [1] Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b**, § 132e, § 132f** und § 140a erbrachten Leistungen sind die an diesen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die nach den Vorschriften dieses Kapitels erforderlichen Angaben an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als verantwortliche Stelle zu übermitteln, indem diese Angaben entweder an ihn oder an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle weitergegeben werden; für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. [2] Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor Abgabe der Teilnahmeerklärung an der Versorgungsform umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert worden ist und mit der Einwilligung in die Teilnahme zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung schriftlich **oder elektronisch** eingewilligt hat. [3] Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die beauftragte andere Stelle dürfen die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen; sie übermitteln die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an den jeweiligen Vertragspartner auf Krankenkassenseite.

(2) [1] Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite darf eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung der in Absatz 1 genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen; § 291a bleibt unberührt. [2] § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden mit der weiteren Maßgabe, dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind und dass abweichend von dessen Absatz 5 die Beauftragung einer nichtöffentlichen Stelle auch zulässig ist, soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand erfasst; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. [3] Für Auftraggeber und Auftragnehmer, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehören, gilt diese Vorschrift entsprechend; sie haben insbesondere die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen.

(3) [1] Für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen darf das Krankenhaus eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personen-

bezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. [2] Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. [3] Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG:

Zur Überschrift und zu Absatz 1 Satz 1
Mit der Neuregelung wird ermöglicht, dass für die Abrechnung von erbrachten Leistungen im Rahmen der Verträge der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten einschließlich Betriebsärztinnen und -ärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung von Schutzimpfungen (§ 132e) sowie im Rahmen der Verträge der Krankenkassen über die Versorgung durch Betriebsärzte (§ 132f) das für die hausarztzentrierte (§ 73b) und die besondere Versorgung (§ 140a) etablierte Abrechnungsverfahren angewendet werden kann. Damit wird auch für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 132e und 132f mit Einwilligung der betroffenen Versicherten die Möglichkeit der Einschaltung einer zentralen Abrechnungsstelle auf Leistungserbringerseite eröffnet. Dies erleichtert die Umsetzung dieser Verträge, weil die Abwicklung über eine zentrale Stelle weniger aufwendig und wirtschaftlicher ist als eine Abrechnung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte mit jeder der beteiligten Krankenkassen.
Zu Absatz 1 Satz 2
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 73b Absatz 3 Satz 2 und § 140a Absatz 4, die sicherstellt, dass neben den Teilnahmeerklärungen an diesen Versorgungsformen auch die Einwilligung der Versicherten in die mit der Abrechnung verbundenen Datenübermittlung auch elektronisch erfolgen kann.

§ 296

Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) [1] Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer, einschließlich von Angaben nach § 293 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, 3, 6, 7 und 9 bis 14 und Angaben zu Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie zusätzlichen Abrechnungsgenehmigungen,
2. Kassennummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle sowie deren Anzahl, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. die Überweisungsfälle sowie die Notarzt- und Vertreterfälle sowie deren Anzahl, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenposition unter Angabe des entsprechenden Fachgruppendurchschnitts,
7. in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes.

[2] Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die Daten nach Satz 1 Nummer 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.

(2) [1] Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c über die von allen Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausbehandlungen) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassennummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitglie-

dern und Rentnern sowie deren Angehörigen, oder bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1,

4. Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

[2] Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind der Prüfungsstelle auf Anforderung auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln.

(3) [1] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 Näheres über die nach Absatz 2 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. [2] Sie können auch vereinbaren, dass jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird. [3] Zu vereinbaren ist ferner Näheres zu den Fristen der Datenübermittlungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.

(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106c die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

§ 297

Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassennummer,
3. Krankenversichertennummer,
4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem in § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden, bei Überweisungen mit dem Auftrag des überweisenden Arztes.

(2) [1] Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c die Daten über die von den in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversichertennummer. [2] Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1. [3] Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von Absatz 1 und 3 (Absatz 2 wird Absatz 1 und Absatz 4 wird Absatz 2) sowie von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 4 wie folgt:

Folgeänderungen der Streichung der Zufälligkeitsprüfungen von Amts wegen.

§ 298

Übermittlung versichertenbezogener Daten

Im Rahmen eines Prüfverfahrens ist die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der ärztlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.

§ 299

Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) [1] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 **sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten** sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. [2] In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. [3] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. [4] Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

[5] Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist;
2. **auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und**
   a) **die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder**
   b) **die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 ist;**

   die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.

[6] Auch Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobe sind in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Satz 1 festzulegen und von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den übrigen Leistungserbringern zu erheben und zu übermitteln. [7] Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgeht; dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 sowie die für die Durchführung der Aufgaben einer Datenannahmestelle oder für Einrichtungsbefragungen zur Qualitätssicherung aus Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. [8] Eine über die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke hinausgehende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten, insbesondere eine Zusammenführung mit anderen Daten, ist unzulässig.

[9] Aufgaben zur Qualitätssicherung sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennt von ihren anderen Aufgaben wahrzunehmen. [10] **Abweichend von Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz können die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b und die Vereinbarungen nach § 137d vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 die Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden.** [11] **Die Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, zusammenführen und für die in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegten Zwecke verarbeiten.**

(1a) [1] Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu verarbeiten oder zu nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. [2] In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. [3] Absatz 1 Satz 3 bis 7 gilt entsprechend.

(2) [1] Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 angewendet. [2] Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. [3] Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. [4] Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen. [5] Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.

(2a) [1] Enthalten die für Zwecke des Absatz 1 Satz 1 erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten noch keine den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 entsprechende Krankenversichertennummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 erfolgen soll, kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien ein Übergangsverfahren regeln, das einen Abgleich der für einen Versicherten vorhandenen Krankenversichertennummern ermöglicht. [2] In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte eigenständige Vertrauensstelle zu bestimmen, die dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches unterliegt, an die die Krankenkassen für die in das Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die vorhandenen Krankenversichertennummern übermitteln. [3] Weitere Daten dürfen nicht übermittelt werden. [4] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien die Dauer der Übergangsregelung und den Zeitpunkt der Löschung der Daten bei der Stelle nach Satz 2 festzulegen.

(3) [1] Zur Auswertung der für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 erhobenen Daten bestimmen in den Fällen des § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b der Gemeinsame Bundesausschuss und im Falle des § 137d die Vereinbarungspartner eine unabhängige Stelle. [2] Diese darf Auswertungen nur für Qualitätssicherungsverfahren mit zuvor in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen festgelegten Auswertungszielen durchführen. [3] Daten, die für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 für ein Qualitätssicherungsverfahren verarbeitet werden, dürfen nicht mit für andere Zwecke als die Qualitätssicherung erhobenen Datenbeständen zusammengeführt und ausgewertet werden. [4] Für die unabhängige Stelle gilt § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend.

(4) [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Durchführung von Patientenbefragungen für Zwecke der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle (Versendestelle) bestimmen, die die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernimmt. [2] In diesem Fall regelt er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Einzelheiten des Verfahrens; insbesondere legt er die Auswahlkriterien fest und bestimmt, wer welche Daten an die Versendestelle zu übermitteln hat. [3] Dabei kann er auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist. [4] Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen darf nicht über die Versendestelle erfolgen. [5] Die Versendestelle muss von den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Verbänden, der Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 5, dem Institut nach § 137a und sonstigen nach Absatz 1 Satz 2 festgelegten Datenempfängern räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein und darf über die Daten nach Satz 2 hinaus keine Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten erheben und verarbeiten. [6] Die Versendestelle hat die ihr übermittelten Identifikationsmerkmale der Versicherten in gleicher Weise geheim zu halten wie derjenige, von dem sie sie erhalten hat; sie darf diese Daten anderen Personen oder Stellen nicht zugänglich machen. [7] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Daten an die Stelle nach Satz 1 zu übermitteln. [8] Die Daten nach Satz 7 sind von der Versendestelle zu löschen, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch sechs Monate nach Versendung der Fragebögen.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ist befugt und berechtigt, abweichend von Absatz 3 Satz 3 transplantationsmedizinische Qualitätssicherungsdaten, die aufgrund der Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhoben werden, nach § 15e des Transplantationsgesetzes an die Transplantationsregisterstelle zu übermitteln sowie von der Transplantationsregisterstelle nach § 15f des Transplantationsgesetzes übermittelte Daten für die Weiterentwicklung von Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung transplantationsmedizinischer Leistungen nach den §§ 136 bis 136c zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 1
Zu Satz 1
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Satz 2 in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu verarbeiten sind, sowie deren Empfänger fest- und die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung darzulegen. Klarstellend wird in Satz 1 auch für diese Empfänger die Befugnis und die Verpflichtung zur Verarbeitung personen- und einrichtungsbezogener Daten für Zwecke der Qualitätssicherung vorgegeben, soweit dies erforderlich und in den Richtlinien, Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. Zu diesen Empfängern zählt insbesondere das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a, das als Verantwortlicher im Sinne des Artikel 4 Absatz 7 DSGVO personenbezogene Daten für die Qualitätssicherung verarbeitet.
Zu Satz 5 Nummer 2
Die neugefasste Nummer 2 wird redaktionell neu gegliedert, um die Gründe für ein Abweichen vom Erfordernis der Pseudonymisierung nach Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz übersichtlich darzustellen. Voraussetzung für ein solches Absehen vom Pseudonymisierungserfordernis ist stets, dass für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich und methodisch erforderlich ist. Die weiteren, in den Buchstaben a und b alternativ vorgegebenen Voraussetzungen müssen hinzutreten. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Ausnahme von der Pseudonymisierungspflicht sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen. Neu gegenüber dem geltenden Recht ist lediglich ein weiterer Grund für ein Absehen von dem Pseudonymisierungserfordernis im Rahmen der Qualitätsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135b Absatz 2, der in Buchstabe b vorgegeben wird.
Bei der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2, die gemäß § 135b Absatz 3 auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, wird die ärztliche Behandlungsdokumentation zum Zweck der Qualitätssicherung in der Regel durch Stichproben überprüft. Die Überprüfung umfasst dabei die schriftliche und bildliche versichertenbezogene Dokumentation.

Durch die Prüfungen soll sichergestellt werden, dass die ärztlichen Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Um dieses Ziel der Qualitätsprüfung zu erreichen, kann es erforderlich sein, von einer Pseudonymisierung der Versichertendaten abzusehen. Sofern die Richtigkeit der Dokumentation ausdrücklich Gegenstand der Qualitätsprüfung ist, muss gewährleistet sein, dass die von den Leistungserbringern übermittelten Daten auch den von den Kassenärztlichen Vereinigungen versichertenbezogen angeforderten Dokumentationen entsprechen. Nur auf diese Weise kann ermittelt werden, ob der Versorgungsanspruch der Versicherten den Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung entsprechend erfüllt wurde und beispielsweise Verwechslungen, Diagnosefehler und Doppeluntersuchungen auszuschließen sind.

Hierfür ist es insbesondere bei bildgebenden Verfahren (Röntgendiagnostik, Computertomographie, Kernspintomographie, Arthroskopie) erforderlich, die Patienten eindeutig der vorgelegten Behandlungsdokumentation zuordnen zu können. Die korrekte Kennzeichnung des Bildmaterials und die eindeutige Zuordnung der Patienten sind im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsdokumentation im Interesse einer bestmöglichen Versorgung zu überprüfende Qualitätsziele. Diese Überprüfung könnte auf der Grundlage ausschließlich pseudonymisierter Behandlungsdokumentationen nicht erfolgen.

Sofern die Qualitätsprüfung in mehreren Schritten durch unterschiedliche Personen durchgeführt wird, wäre nach einer einleitenden Prüfung der Richtigkeit der Behandlungsdokumentation anhand nicht pseudonymisierter Unterlagen und der eindeutigen Zuordnung aller Unterlagen der Behandlungsdokumentation zu demselben Versicherten für weitere, nachfolgende Prüfungsschritte durch andere Personen zu prüfen, ob eine Pseudonymisierung aller zu einem Versicherten gehörenden Unterlagen nach Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz vorzunehmen ist. Denn der Name oder die Versichertennummer eines Versicherten sind für die medizinische Prüfung von Unterlagen aus der Behandlungsdokumentation nicht erforderlich, soweit sichergestellt ist, dass die zur medizinischen Prüfung vorgelegten Unterlagen demselben und von der Kassenärztlichen Vereinigung benannten Versicherten zuzuordnen sind. Ein solches Vorgehen folgt aus dem bereits im geltenden Recht vorgegebenen Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenverarbeitung für die Erreichung der Zweckbestimmung (Zwecke der Qualitätssicherung). Eine Pseudonymisierung für Verfahren der Qualitätsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung kann nach Absatz 2 Satz 3 in einer gesonderten Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

Zu Satz 10 und 11

Die Sätze 1 bis 3 ermöglichen, dass in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses die Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer (= Empfänger) geregelt werden kann. Dies gilt auch für Daten der Qualitätssicherung, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden. Die Übermittlung versichertenbezogener Daten an eine vorbehandelnde Einrichtung ist für Zwecke der Qualitätssicherung z. B. erforderlich, um Erkenntnisse über spätere Ergebnisse von Behandlungen zu gewinnen, damit diese für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement genutzt und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden können. Der neue Satz 10 erlaubt insoweit, dass den Leistungserbringern personenbezogene Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung übermittelt werden dürfen. Die Leistungserbringer dürfen diese Daten nach dem neuen Satz 11 mit den bei ihnen bereits vorliegenden Daten versichertenbezogen zusammenführen und für in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegte Zwecke verarbeiten.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG die Änderung in Absatz 1 Satz 7 und das Anfügen von Satz 8 und 9 wie folgt:

Soweit Kassenärztliche Vereinigungen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 mit der Wahrnehmung der Aufgabe einer Datenannahmestelle für Daten der Qualitätssicherung beauftragt werden, wird ihnen durch die Neuregelung die Einsichtnahme in diese Daten ermöglicht.

Zu den Aufgaben einer Datenannahmestelle gehört die Prüfung der übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die Unterstützung der datenübermittelnden Ärztinnen und Ärzte bei möglichen Fehlermeldungen. Die Einsichtnahme in die übermittelten Daten ist Voraussetzung für eine solche ordnungsgemäße Datenprüfung vor der Weiterleitung der Daten an die Vertrauensstelle. Zur Umsetzung von datengestützten Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung könnte der Gemeinsame Bundesausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig auch die Durchführung von Einrichtungsbefragungen übertragen. In Betracht kommt insbesondere die Einrichtung von Webportalen für Einrichtungsbefragungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen z. B. für das Anfang 2017 startende sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. Nach den bisherigen Erfahrungen im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich gezeigt, dass erforderliche Software-Programme für Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich durch Softwarehersteller gar nicht oder zumindest nicht flächendeckend angeboten werden. Damit in solchen Fällen überhaupt durch Kassenärztliche Vereinigungen ein Angebot zur Dateneingabe gemacht wer-

den kann, wird die Ausnahme vom Verbot der Einsichtnahme in Qualitätssicherungsdaten deshalb auch auf die Durchführung von Einrichtungsbefragungen erstreckt, die den Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtlinien zur Qualitätssicherung übertragen werden.
Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird vorgegeben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen insbesondere in ihrer Funktion als Datenannahmestelle übermittelten Daten nur für Zwecke der Qualitätssicherung, d. h. nur für die in den Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Dies bedeutet, dass sie diese Daten auch nicht mit anderen Daten, wie z. B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Abrechnungsdaten zusammenführen dürfen. Für die Wahrnehmung der Aufgaben zur Qualitätssicherung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennte Einheiten vorsehen.

§ 300

Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen

(1) [1] Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln sind verpflichtet, unabhängig von der Höhe der Zuzahlung (oder dem Eigenanteil),

1. bei Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte das nach Absatz 3 Nr. 1 zu verwendende Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt oder in den elektronischen Verordnungsdatensatz zu übertragen,
2. die Verordnungsblätter oder die elektronischen Verordnungsdatensätze an die Krankenkassen weiterzuleiten und diesen die nach Maßgabe der nach Absatz 3 Nr. 2 getroffenen Vereinbarungen erforderlichen Abrechnungsdaten zu übermitteln.

[2] Satz 1 gilt auch für Apotheken und weitere Anbieter, die sonstige Leistungen nach § 31 sowie Impfstoffe nach § 20i Absatz 1 und 2 abrechnen, im Rahmen der jeweils vereinbarten Abrechnungsverfahren.

(2) [1] Die Apotheken und weitere Anbieter von Leistungen nach § 31 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. [2] Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und ab dem 1. Januar 2003 nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden. [3] Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Absatz 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, den §§ 84 und 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. [4] Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm benannten Stelle sind die Daten nicht arzt- und nicht versichertenbezogen zu übermitteln. [5] Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren. [6] Für die Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Rechenzentren einen dem Arbeitsaufwand entsprechenden Aufwandsersatz. [7] Der Arbeitsaufwand für die Datenübermittlung ist auf Nachfrage der Kassenärztlichen Vereinigungen diesen in geeigneter Form nachzuweisen.

(3) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker regeln in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das Nähere insbesondere über

1. die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für das verordnete Fertigarzneimittel als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels,
2. die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens und der Abrechnung, die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechungsdaten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sowie die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen, spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes,
3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5.

[2] Bei der nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Datenübermittlung sind das bundeseinheitliche Kennzeichen der Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen sowie die enthaltenen Mengeneinheiten von Fertigarzneimitteln zu übermitteln. [3] Satz 2 gilt auch für Fertigarzneimittel, aus denen wirtschaftliche Einzelmengen nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 abgegeben werden. [4] Für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen sind zusätzlich die mit dem pharmazeutischen Unternehmer vereinbarten Preise ohne Mehrwertsteuer zu übermitteln. [5] Besteht eine parenterale Zubereitung aus mehr als drei Fertigarzneimitteln, können die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren, Angaben für Fertigarzneimittel von der Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 auszunehmen, wenn eine Übermittlung unverhältnismäßig aufwändig wäre.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 festgesetzt.

Der 14. Ausschuss begründet zum AMVSG das Anfügen von Absatz 2 Satz 6 und 7 wie folgt:

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Datenübermittlung nach Satz 3 an die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen einen dem Arbeitsaufwand entsprechenden Aufwandsersatz erfolgt. Die Datenübermittlung zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen soll nicht Gegenstand des Gewinnstrebens sein, weshalb lediglich ein dem Arbeitsaufwand entsprechender Aufwandsersatz erfolgt.

§ 301

Krankenhäuser

(1) [1] Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser oder ihre Krankenhausträger sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

[2] Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) [1] Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. [2] Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. [3] Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. [4] **Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnosenschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedurenschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.**

(2a) [1] **Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat.** [2] **Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln.** [3] **Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.**

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern **sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a** vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) [1] Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111c besteht, sind verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer oder ambulanter Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,
3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. die berechneten Entgelte.

[2] Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. [3] Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. [4] Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) [1] Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. [2] Der Krankenhausträger hat den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Abrechnung vorzulegen.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG das Aufheben von Absatz 5 Satz 3 wie folgt:

Die Aufhebung des Satzes 3 dient der Rechtsbereinigung. In § 301 Absatz 5 Satz 3 wird die entsprechende Anwendung der Sätze 1 und 2 für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen vorgegeben. Dies stellte die Begleitregelung für einen im Rahmen eines früheren Gesetzgebungsverfahrens zunächst verfolgten, dann aber aufgegebenen Regelungsansatz zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen dar. Es wurde aber versäumt, diese Begleitregelung zu streichen.

Die Bezugnahme auf den Regelungsinhalt des Satzes 1 ist nicht erforderlich, weil die Verpflichtung der Krankenhausärzte zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen für wahlärztliche Leistungen bei ihren Krankenhausträgern bereits in § 17 Absatz 3 Satz 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes enthalten ist. Die entsprechende Anwendung des Satzes 2 für wahlärztliche Leistungen ist mangels Sachbezug der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen nicht erforderlich und kann entfallen.

Begründung zum PpSG:

Zu Absatz 2a

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung abrechnen (Zusatzentgelte ZE162 und ZE163). Aufgrund der Vergütungsrelevanz des Pflegegrades ist eine belastbare Information für eine aufwands- und leistungsgerechte Vergütung und Abrechnung unverzichtbar.

Die Krankenhäuser verfügen für ihre Patientinnen und Patienten aber weder über gesicherte Informationen zum Pflegegrad nach dem SGB XI noch kann dieser im Wege der Diagnostik von ihnen selbst festgestellt werden. Insoweit sind die Krankenhäuser auf entsprechende Informationen Dritter angewiesen. Die Praxis zeigt, dass die Information durch Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige vielfach nicht belastbar und fehleranfällig ist.

Auch eine Berücksichtigung des Pflegegrades bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse scheidet aus, da die Leistungsdaten (OPS-Codes) neben der Abrechnung auch für die Kalkulation der Zusatzentgelte einzubeziehen sind und daher von den Krankenhäusern gemäß § 21 KHEntgG an das InEK zu übermitteln sind. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, ist es notwendig, die Krankenkassen zu verpflichten, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen. Ziel muss es sein, dass unverzüglich nachdem das Krankenhaus dem Kostenträger die Aufnahme anzeigt, also möglichst zeitnah nach der Aufnahme, dem Krankenhaus die vom Kostenträger übermittelte Information zu einem bestehenden Pflegegrad vorliegt, so dass keine Verzögerungen für das Krankenhaus bei der Abrechnung seiner Leistungen entstehen. Durch die frühzeitige Datenübermittlung wird gewährleistet, dass für die Abrechnung die notwendigen belastbaren Daten rechtzeitig vorliegen und diesbezüglich insoweit spätere Prüfungen und Beanstandungen vermieden werden.

Da die Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der zwei unterschiedlich hohen Zusatzentgelte ein Pflegegrad von 3 oder höher ist, sind eventuelle gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten entstehende Veränderungen des Pflegegrades von Relevanz. Vor diesem Hintergrund werden die Krankenkassen auch verpflichtet, während des Krankenhausaufenthaltes bestätigte Änderungen des Pflegegrades sowie Informationen über beantragte Einstufungen zu übermitteln. Das umfasst sowohl eine erstmalige Beantragung eines Pflegegrades als auch eine beantragte Neueinstufung in einen Pflegegrad bei bereits vorliegender Einstufung in einen Pflegegrad. Gemäß § 96 SGB XI dürfen die Pflegekassen und die Krankenkassen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Durch die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen liegen den Krankenkassen insoweit die Informationen zum Pflegegrad ihrer Versicherten vor. Mit der Übermittlungspflicht der Pflegegrade für Abrechnungszwecke an die Krankenhäuser wird für die Krankenkassen eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser geschaffen. Das Krankenhaus hat die übermittelten Informationen der Krankenkassen seiner Abrechnung zugrunde zu legen. Der übermittelte Pflegegrad sowie die Informationen über neu beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad sind ist für die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels zum Pflegegrad zu verwenden. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass

belastbare Daten zum Pflegegrad sowie zu neu beantragten Einstufungen über den Datensatz nach § 21 KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt werden und damit in die Kalkulation der Entgelte eingehen.
Zu Absatz 3
Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben nach Absatz 3 bei der Ausgestaltung der Datenübermittlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen der nach Absatz 2a vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Pflegegrade sowie zu neu beantragten Einstufungen in einen Pflegegrad nach SGB XI zu vereinbaren.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 2 Satz 4 wie folgt:

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 8
Die Übermittlung der bisher im ersten Satzteil genannten Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen ist für die Abrechnung und die Rechnungsprüfung insbesondere angesichts der bereits nach Nummer 6 zu übermittelnden differenzierten Angaben zu den durchgeführten Operationen und Prozeduren nicht mehr zwingend erforderlich und kann daher entfallen.
Der letzte Satzteil der Vorschrift („Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen“) ist für Zwecke der Abrechnung und der Rechnungsprüfung auch nicht zwingend erforderlich. Für Zwecke des Entlassmanagements, dessen Unterstützung nach § 39 Absatz 1a Satz 5 die Versicherten von ihrer Krankenkasse verlangen können, und in welches die Krankenkassen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz stärker einbezogen wurden, ist eine Datenübermittlung zur Art der erforderlichen weiteren Behandlung und zu den geeigneten Einrichtungen notwendig.
Nach § 39 Absatz 1a Satz 11 ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten für das Entlassmanagement nur mit der Einwilligung nach vorheriger Information des Versicherten zulässig. Die Änderung des letzten Satzteils mit der Aufnahme eines konkreten Hinweises auf die Übermittlungsverpflichtung nur im Rahmen des Entlassmanagements trägt dem datenschutzrechtlichen Grundsatz der Erforderlichkeit und der Zweckbindung Rechnung. Damit wird auch klarstellend auf das Einwilligungserfordernis für das Entlassmanagement Bezug genommen.

§ 301a

Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen

(1) [1] Freiberuflich tätige Hebammen und von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet, den Krankenkassen folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 und 6,
2. die erbrachten Leistungen mit dem Tag der Leistungserbringung,
3. die Zeit und die Dauer der erbrachten Leistungen, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist,
4. bei der Abrechnung von Wegegeld Datum, Zeit und Ort der Leistungserbringung sowie die zurückgelegte Entfernung,

5. bei der Abrechnung von Auslagen die Art der Auslage und, soweit Auslagen für Arzneimittel abgerechnet werden, eine Auflistung der einzelnen Arzneimittel,
6. das Kennzeichen nach § 293; rechnet die Hebamme ihre Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme anzugeben.

[2] Ist eine ärztliche Anordnung für die Abrechnung der Leistung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. [3] § 134a Absatz 5 gilt entsprechend.

(2) § 302 Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 302

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

(1) [1] Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 anzugeben. [2] Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

(2) [1] Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind. [2] Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. [3] Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden. [4] Die Rechenzentren dürfen die Daten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, § 84 und § 305a erforderlich sind.

(3) Die Richtlinien haben auch die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu regeln.

(4) Soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Regelungen zur Abrechnung der Leistungen getroffen haben, die von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 abweichen, sind die Rahmenempfehlungen maßgeblich.

(5) [1] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht erstmals bis zum 30. Juni 2018 und danach jährlich einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. [2] Der Bericht informiert ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen der Versicherten. [3] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. die Neufassung von Absatz 1 wie folgt:

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 302 SGB V auf § 33 Absatz 1 SGB V) und eines redaktionellen Versehens (Verschiebung des Satzes 2 Halbsatz 2 an Satz 1 des § 302 Absatz 1 SGB V). Der Absatz wird zur Korrektur – ohne inhaltliche Änderung – neu gefasst.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 1 Satz 1 – Anmerkung: siehe Neufassung von Absatz 1 durch Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw.

Bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln wird zu den unterschiedlichsten Produktgruppen immer wieder darüber berichtet, dass anstelle des gesetzlich vorgesehenen Regelfalls einer Sachleistung nach § 33 Absatz 1 Satz 1 von den Leistungserbringern Versorgungen erbracht werden, die bei den Versicherten zu Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 führen. Vielfach wird angezweifelt, ob die Wahl der konkreten Versorgungsform tatsächlich auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung des Versicherten beruht, oder ob er aufgrund einer interessengeleiteten Beratung dahingehend beeinflusst wird, sich für ein Hilfsmittel zu entscheiden, das für ihn mit Mehrkosten verbunden ist. Um hier für mehr Transparenz zu sorgen, wird daher neben der Stärkung der Beratungspflichten in § 127 der Datenumfang, der zu Abrechnungszwecken zu übermitteln ist, erweitert. Die Leistungserbringer sind zukünftig verpflichtet, über die bisher in Absatz 1 genannten Abrechnungsdaten hinaus auch die Angabe über die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten mitzuteilen. Dadurch wird der Krankenkasse ermöglicht, Erkenntnisse über den Umfang der Versorgungen ohne Mehrkosten (§ 33 Absatz 1 Satz 1) und über diejenigen mit Mehrkosten (§ 33 Absatz 1 Satz 6) zu gewinnen. Diese Daten sind erforderlich, um im Rahmen der Auffälligkeitsprüfungen nach § 127 Absatz 5a Auffälligkeiten feststellen zu können.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 1

Der Text entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Absatz 5 – Anmerkung: angefügt

Um Transparenz über die geleisteten Aufzahlungen zu erhalten und sicherzustellen, dass die von den Krankenkassen nach Absatz 1 erhobenen Informationen über die von den Versicherten geleisteten Aufzahlungen über die Zwecke des Vertragscontrolling hinaus auch für die Gewährleistung des Sachleistungsprinzips und die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung zur Verfügung stehen, erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag, regelmäßig über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen zu berichten. Im Bericht enthalten sein sollen insbesondere nach Produktgruppen differenzierte quantitative Daten, wie die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen. Gegenstand des Berichts können aber auch qualitative, bspw. im Rahmen von Patientenbefragungen erhobene Daten über die Gründe sein, die Versicherte zum Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen bewogen haben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, gegenüber seinen Mitgliedskassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen. Er hat sich dabei an den Inhalten der Abrechnungsdaten gemäß § 302 zu orientieren, darüber hinaus kann er auch Daten hinzuziehen, die auf Grundlage seiner Empfehlungen nach § 127 Absatz 5b von den Krankenkassen erhoben wurden. Der Bericht enthält weder versichertenbezogene noch einrichtungsbezogene Daten und auch bei den von den Krankenkassen zu übermittelnden statistischen Informationen handelt es sich um anonymisierte Daten, d. h. um Daten ohne Personenbezug, sowie ohne Einrichtungsbezug.

§ 303

Ergänzende Regelungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

(2) [1] Die Krankenkassen können zur Vorbereitung und Kontrolle der Umsetzung der Vereinbarungen nach § 84, zur Vorbereitung der Prüfungen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113, zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. [2] Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. [3] Die Identifikation

des Versicherten durch die Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. [4] § 286 gilt entsprechend.

(3) [1] Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. [2] Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. [3] Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.

(4) [1] Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. [2] Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. [3] Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Absatz 4 wie folgt:

> *Die vorbehaltlose und umfassende Möglichkeit zur Korrektur und Ergänzung der für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen von den Leistungserbringern – einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – übermittelten Diagnosedaten, sind entsprechend der gesetzlichen Intention restriktiv zu handhaben, um missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel auszuschließen. Dies stellt die Regelung klar. Die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, trifft einzig den Leistungserbringer. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt (§ 295 Absatz 1). Die vom Leistungserbringer an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung der Leistungen übermittelten Diagnoseschlüssel sind daher von der Kassenärztlichen Vereinigung unverändert an die Krankenkasse zu übermitteln. Lediglich in berechtigen Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern sehen die gegenwärtigen Regelungen im Bundesmantelvertrag zum Datenträgeraustausch Korrekturmöglichkeiten vor. Insbesondere wird klargestellt, dass nachträgliche Erhebungen von Diagnosedaten auch im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106d unzulässig sind. Eine Korrektur von fehlerhaft oder unvollständig übermittelten administrativen Daten der Leistungserbringer (z. B. Institutionskennzeichen oder Arztnummer) und der Versicherten (Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1) bleibt davon unberührt.*

Zweiter Titel

Datentransparenz

§ 303a

Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

(1) [1] Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und Datenaufbereitungsstelle nach § 303d wahrgenommen. [2] Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und eine öffentliche Stelle des Bundes als Datenaufbereitungsstelle nach § 303d.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist auch das Nähere zu regeln

1. zum Datenumfang,
2. zu den Verfahren der in den §§ 303a bis 303e vorgesehenen Datenübermittlungen,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung (§ 303c Absatz 2),

4. zu den Kriterien für die ausnahmsweise pseudonymisierte Bereitstellung von Daten (§ 303e Absatz 3 Satz 3).

(3) [1] Die Kosten, die den öffentlichen Stellen nach Absatz 1 durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder. [2] Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2.

§ 303b

Datenübermittlung

(1) [1] Das Bundesversicherungsamt übermittelt die nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c. [2] Die Daten sollen übermittelt werden, nachdem die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität durch das Bundesversicherungsamt abgeschlossen ist.

(2) [1] Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). [2] Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. [3] Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.

(3) [1] Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. [2] Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.

(4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.

§ 303c

Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach § 303b übermittelte Liste der Pseudonyme nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren, das im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen ist, in periodenübergreifende Pseudonyme.

(2) [1] Es ist ein schlüsselabhängiges Verfahren vorzusehen und das periodenübergreifende Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, hergestellt werden kann. [2] Es ist auszuschließen, dass Versicherte durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303e Absatz 1 wieder identifiziert werden können.

(3) [1] Die Vertrauensstelle hat die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. [2] Nach der Übermittlung dieser Liste an die Datenaufbereitungsstelle hat sie die Listen mit den temporären und den periodenübergreifenden Pseudonymen bei sich zu löschen.

(4) [1] Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. [2] Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303d

Datenaufbereitungsstelle

(1) [1] Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303e Absatz 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. [2] Die Datenaufbereitungsstelle hat die Daten zu löschen, sobald diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.

(2) [1] Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. [2] Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303e

Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
6. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
7. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
8. den Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
9. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
10. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
11. dem Institut des Bewertungsausschusses,
12. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
13. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
14. dem Institut nach § 137a,
15. dem Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut),
16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden,
17. der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesapothekerkammer,
18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

(2) [1] Die nach Absatz 1 Berechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des

Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),

5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

[2] Die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmte Datenaufbereitungsstelle erhebt für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 303d Absatz 1 in Verbindung mit § 303e Absatz 3 zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen. [3] Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass das geschätzte Gebührenaufkommen den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigt. [4] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen.

(3) [1] Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 Berechtigten zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. [2] Die Daten werden anonymisiert zur Verfügung gestellt. [3] Ausnahmsweise werden die Daten pseudonymisiert bereitgestellt, wenn dies für den angestrebten Zweck erforderlich ist. [4] Das Ergebnis der Prüfung ist dem Antragsteller mitzuteilen und zu begründen.

Dritter Abschnitt

Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 304

Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

(1) [1] Für das Löschen der für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse gespeicherten Sozialdaten gilt § 84 Abs. 2 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. die Daten nach § 292 spätestens nach zehn Jahren,
2. Daten nach § 295 Abs. 1a, 1b und 2 sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach § 106 bis § 106c erforderlich sind, spätestens nach vier Jahren und Daten, die auf Grund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§§ 266, 267) erforderlich sind, spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen

zu löschen sind. [2] Die Aufbewahrungsfristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. [3] Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren zu sperren und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen. [4] Die Krankenkassen können für Zwecke der Krankenversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zum Arzt und Versicherten nicht mehr herstellbar ist.

(2) Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet, die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 auf Verlangen der neuen Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Für die Aufbewahrung der Kranken- und sonstigen Berechtigungsscheine für die Inanspruchnahme von Leistungen einschließlich der Verordnungsblätter für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gilt § 84 Abs. 2 und 6 des Zehnten Buches.

§ 305

Auskünfte an Versicherte

(1) [1] Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. [2] Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. [3] Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. [4] Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. [5] Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. [6] Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. [7] Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.

(2) [1] Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen

Versorgungszentren haben die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten. [2] Satz 1 gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. [3] Der Versicherte erstattet für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung nach Satz 1 eine Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro zuzüglich Versandkosten. [4] Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. [5] Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten auf Verlangen **in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch** innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte. [6] Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag.

(3) [1] Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der besonderen Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, **§ 127 Absatz 3 und 5**. [2] Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahltarifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren. [3] § 69 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

Begründung zum TSVG zur Neufassung von Absatz 1 und zur Änderung in Absatz 2 Satz 5:

Zu Absatz 1

Mit der Neufassung des Satzes 1 wird die geltende zeitliche Begrenzung des Auskunftsrechtes der Versicherten auf einen Zeitraum von mindestens 18 Monate vor Antragstellung aufgehoben. Dies erweitert den Auskunftsanspruch der Versicherten und dient der Stärkung der Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

Mit der Neuregelung der Sätze 2 und 3 werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an Dritte befugt, die die Versicherten benannt haben. Die Krankenkassen sollen auf Wunsch des Versicherten die Daten an Dritte übermitteln, wenn keine Hinderungsgründe bestehen (z. B. dass eine Datenübermittlung nicht den Anforderungen an die in Satz 4 neu genannte Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechen würde). Damit soll zum einen die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Kassen angeboten werden, neben den Daten von Leistungserbringern oder von den Versicherten selbst eingebrachten Daten auch bei den Krankenkassen vorhandene Sozialdaten des Versicherten gespeichert werden können. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Daten ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten nicht von dem Aktenanbieter eingesehen werden können. Darüber hinaus kommen für eine Übermittlung von Sozialdaten an einen von Versicherten benannten Dritten z. B. auch Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch infrage. Für die sichere Identifizierung der Versicherten ist nach Satz 4 die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b anzuwenden. Für die sichere Identifizierung des vom Versicherten benannten Dritten und die sichere Datenübertragung ist diese Richtlinie entsprechend anzuwenden. Die bisher im Gesetz festgelegte Trennung der Information über die ärztlichen Leistungen von den ärztlich veranlassten und verordneten Leistungen war historisch in der bis ins Jahr 2004 vorgegebenen fallbezogenen Übermittlung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten begründet und entspricht nicht mehr dem Ziel einer einfachen und transparenten Information der Versicherten. Gleiches gilt für das Verbot der Erstellung einer Gesamtübersicht der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen. Diese in den bisherigen Sätzen 2 und 3 zweiter Halbsatz enthaltenden Vorgaben entfallen. Unverändert gilt nach Satz 5 die strikte Zweckbindung der Verarbeitung der für die Unterrichtung der Versicherten erforderlichen Daten (bisheriger Satz 3 erster Halbsatz) und das Verbot der Mitteilung der Unterrichtung an die Leistungserbringer nach Satz 6 (bisheriger Satz 4). Auch die Vorgabe, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung der Versicherten regeln können, bleibt mit Satz 7 erhalten. Klarstellend wird als Regelungsgegenstand neben dem Verfahren der Unterrichtung der Versicherten nach Satz 1 auch Entsprechendes für das Verfahren der Übermittlung von Sozialdaten zum Beispiel an Anbieter von elektronischen Patientenakten ergänzt.

Zu Absatz 2 Satz 5

Bei der Ergänzung der Wörter „oder elektronisch" handelt es sich um eine Änderung im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung. Es geht um eine Unterrichtungspflicht über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlende Entgelte.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 3 Satz 1 wie folgt:

Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.

Begründung zum HHVG:

Zu Absatz 3 Satz 1 **– Anmerkung: Siehe Änderung durch TSVG**
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen in § 127 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4a.

§ 305a

Beratung der Vertragsärzte

[1] Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen beraten in erforderlichen Fällen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit. [2] Ergänzend können die Vertragsärzte den Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten über die von ihnen verordneten Leistungen nicht versichertenbezogen übermitteln, die Kassenärztlichen Vereinigungen können diese Daten für ihre Beratung des Vertragsarztes auswerten und auf der Grundlage dieser Daten erstellte vergleichende Übersichten den Vertragsärzten nicht arztbezogen zur Verfügung stellen. [3] Die Vertragsärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten nach Satz 2 nur für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen. [4] Ist gesetzlich oder durch Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Region mit mindestens jeweils 300 000 Einwohnern oder mit jeweils mindestens 1 300 Ärzten insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. [5] Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren. [6] Abweichend von Satz 4 dürfen Leistungserbringer und Krankenkassen Daten über verordnete Arzneimittel in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 137f oder 140a nutzen. [7] Eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme ist unzulässig.

Der 14. Ausschuss begründet zum HHVG das Anfügen von Satz 7 wie folgt:

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkassen nur in den gesetzlich geregelten Fällen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beraten dürfen. Deshalb stellt die Regelung klar, dass es im Rahmen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Ärztinnen und die Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Unzulässig ist auch eine beratende Beeinflussung des Kodierverhaltens über den Einsatz von Praxissoftware. Einzelfälle, in denen sogenannte Kodierberatungen durchgeführt worden sind, sind den Aufsichtsbehörden bekannt und aufsichtsrechtlich aufgegriffen worden, um sicherzustellen, dass keine nachträgliche Bearbeitung der Datengrundlage erfolgt (hierzu wird auch auf die Klarstellung in § 303 Absatz 4 verwiesen). Im gesetzlichen Rahmen weiterhin zulässig sind Beratungen der Ärztinnen und Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit der von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen nach Satz 1 (vgl. auch § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sowie Satz 5).

§ 305b

Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

[1] Die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten

verständlichen Weise. [2] Die Satzung hat weitere Arten der Veröffentlichung zu regeln, die sicherstellen, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können. [3] Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. [4] Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben sind gesondert auszuweisen. [5] Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

ELFTES KAPITEL

Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 306

Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten

[1] Zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten arbeiten die Krankenkassen insbesondere mit der Bundesagentur für Arbeit, den Behörden der Zollverwaltung, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der Sozialhilfe, den in § 71 des Aufenthaltsgesetzes genannten Behörden, den Finanzbehörden, den nach Landesrecht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz zuständigen Behörden, den Trägern der Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen, wenn sich im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte ergeben für

1. Verstöße gegen das Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz,
2. eine Beschäftigung oder Tätigkeit von nichtdeutschen Arbeitnehmern ohne den erforderlichen Aufenthaltstitel nach § 4 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes, eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung, die zur Ausübung der Beschäftigung berechtigen, oder eine Genehmigung nach § 284 Abs. 1 des Dritten Buches,
3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Ersten Buches gegenüber einer Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit, einem Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder einem Träger der Sozialhilfe oder gegen die Meldepflicht nach § 8a des Asylbewerberleistungsgesetzes,
4. Verstöße gegen das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz,
5. Verstöße gegen die Vorschriften des Vierten und des Siebten Buches über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen, soweit sie im Zusammenhang mit den in den Nummern 1 bis 4 genannten Verstößen stehen,
6. Verstöße gegen Steuergesetze,
7. Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz.

[2] Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden, die Träger der Sozialhilfe sowie die Behörden nach § 71 des Aufenthaltsgesetzes. [3] Die Unterrichtung kann auch Angaben über die Tatsachen enthalten, die für die Einziehung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung erforderlich sind. [4] Die Übermittlung von Sozialdaten, die nach den §§ 284 bis 302 von Versicherten erhoben werden, ist unzulässig.

§ 307

Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 8 Satz 1 eine dort genannte Gestattung verlangt oder mit dem Inhaber der Karte eine solche Gestattung vereinbart.

(1a) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 6 Satz 2 und 4 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt.

(1b) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 2 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(1c) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 3 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. a) als Arbeitgeber entgegen § 204 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder
   b) entgegen § 204 Abs. 1 Satz 3, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder § 205 Nr. 3 oder
   c) als für die Zahlstelle Verantwortlicher entgegen § 202 Absatz 1 Satz 1

   eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
2. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
3. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu Zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

(4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist in den Fällen der Absätze 1a bis 1c das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik.

Begründung zum Gesetz … Richtlinie (EU) 2016/1148 zum Einfügen von Absatz 1a, 1b und 1c sowie Absatz 4:

Der neu eingefügte § 307 Absatz 1a dient der Ausweitung der Bußgeldvorschriften auf die gemäß § 291b Absatz 6 Satz 2 und 4 SGB V zur Einhaltung von Meldepflichten verpflichteten Betreiber und setzt insofern die Vorgaben des Artikels 21 der NIS-Richtlinie um, nach denen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union Sanktionen für Verstöße gegen die nach der Richtlinie erlassenen nationalen Bestimmungen vorsehen müssen und die erforderlichen Maßnahmen treffen müssen, um deren Anwendung sicherzustellen. Mit der Änderung in Absatz 4 wird das BSI, an das die Meldungen nach § 291b Absatz 6 Satz 4 SGB V zu richten sind, als zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten bestimmt. Die neu eingefügten Absätze 1b und 1c dienen der Ausweitung der Bußgeldvorschriften auf die Anweisungsempfänger gemäß des neuen Absatz 8 Satz 2 und 3.

§ 307a

Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 171b Absatz 2 Satz 1 die Zahlungsunfähigkeit oder die Überschuldung nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig anzeigt.

(2) Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

§ 307b

Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2 auf dort genannte Daten zugreift.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen Anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

(3) [1] Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. [2] Antragsberechtigt sind der Betroffene, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.

ZWÖLFTES KAPITEL

Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands

§ 308 – weggefallen

§ 309

Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung anknüpfen, gilt von dem nach Nummer 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(2) – (4) – weggefallen

(5) [1] Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der [richtig] ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne dieses Buches. [2] Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.

§ 310

Leistungen

(1) – (2) – weggefallen

(3) Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.

§ 311

Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

(1) – weggefallen

(2) [1] Die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen nehmen in dem Umfang, in dem sie am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. [2] Im Übrigen gelten für die Einrichtungen nach Satz 1 die Vorschriften dieses Buches, die sich auf medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend.

(2a) – (4) – weggefallen

(5) § 83 gilt mit der Maßgabe, dass die Verbände der Krankenkassen mit den ermächtigten Einrichtungen oder ihren Verbänden im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen besondere Verträge schließen können.

(6) – weggefallen

(7) Bei Anwendung des § 95 gilt das Erfordernis des Absatzes 2 Satz 3 dieser Vorschrift nicht

a) für Ärzte, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Facharztanerkennung besitzen,

b) für Zahnärzte, die bereits zwei Jahre in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zahnärztlich tätig sind.

(8) Die Absätze 5 und 7 gelten nicht in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teil des Landes Berlin.

§§ 311a bis § 313 – weggefallen

DREIZEHNTES KAPITEL

Weitere Übergangsvorschriften

§ 314

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) [1] Zur Gewährleistung der in § 257 Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. [2] Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

§ 315

Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) [1] Personen, die weder
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. [2] Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. [3] Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. [4]Abweichend von Satz 1 Nummer 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) [1] Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. [2] § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) [1] Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. [2] Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Abs. 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

§ 316

Übergangsregelung zur enteralen Ernährung

Versicherte haben bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 31 Abs. 5 Satz 2 im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241).

§ 317

Psychotherapeuten

[1] Abweichend von § 95 Abs. 10 werden Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz und den Fachkundenachweis nach § 95c Satz 2 Nr. 3 haben,
2. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum teilgenommen haben und diese Tätigkeit vergleichbar mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung war und
3. bis zum 30. Juni 2009 die Approbationsurkunde vorlegen und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben.

[2] Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. September 2009 zu entscheiden.

§ 318

Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

[1] Die Regelung des § 37 Abs. 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht anzuwenden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. [2] Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Bekanntmachung nach § 37 Abs. 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das folgende Ausgleichsjahr auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt im Haushaltsplan ausgewiesen sind. [3] Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass sie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.

§ 319

Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif

(1) Wahltarife, die Versicherte auf der Grundlage der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Fassung des § 53 Abs. 6 abgeschlossen haben, enden zu diesem Zeitpunkt.

(2) [1] Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 bezogen haben, haben Anspruch auf Leistungen nach Maßgabe ihres Wahltarifs bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. [2] Aufwendungen nach Satz 1 bleiben bei der Anwendung des § 53 Abs. 9 Satz 1 unberücksichtigt.

(3) [1] Die Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 kann bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 abgegeben werden. [2] Wahltarife nach § 53 Abs. 6 können bis zum 30. September 2009 oder zu einem in der Satzung der Krankenkasse festgelegten späteren Zeitpunkt mit Wirkung vom 1. August 2009 neu abgeschlossen werden. [3] Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können Versicherte nach Absatz 2 innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, die Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 abgeben oder einen Wahltarif wählen.

§ 320

Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften

§ 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 in der Fassung des Artikels 15 Nummer 6a Buchstabe c und Nummer 13a Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) sind bis zum 1. Juli 2011 weiter anzuwenden.

§ 321

Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1

[1] Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. [2] Dies gilt auch für die in den §§ 28d und 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen, soweit sie auf die in Satz 1 genannten Anforderungen verweisen. [3] Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. [4] Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.

§ 322

Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.

§ 323

Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 nach Maßgabe der folgenden Absätze zu überprüfen und ihn bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen.

(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

(3) [1] Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr

1. **die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die nach Absatz 2 aufgehoben wurden, und**
2. **die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und die die Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.**

[2] Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen außerdem die Mitgliedschaften und die davon abgeleiteten Familienversicherungen je Berichtsjahr, die die Kriterien des Absatzes 2 insoweit erfüllen, als die Mitglieder keine Beiträge geleistet und die Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen keine Leistungen in Anspruch genommen haben. [3] Die Datenmeldungen haben bis zum 15. Juni 2019 zu erfolgen. [4] § 268 Absatz 3 Satz 3, 4, 7 und 9 gilt für die nach den Sätzen 1 und 2 zu meldenden Daten entsprechend. [5] Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, sofern dies für die Prüfung nach Absatz 5 erforderlich ist. [6] Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach Satz 1 für das Verfahren nach Absatz 4 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. [7] Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach den Sätzen 1 und 2 für die Prüfung nach Absatz 5 regelt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) [1] Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt oder die Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durch die Krankenkassen bereits abgegeben wurde, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Bereinigungsbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. [2] § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gilt entsprechend. [3] Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet. [4] Klagen bei Streitigkeiten nach diesem Absatz haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) [1] Die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen überprüfen nach Abschluss der Bestandsbereinigung in einer Sonderprüfung, ob die Vorgaben nach den Absätzen 1 und 2 eingehalten worden sind, und teilen dem Bundesversicherungsamt und der Krankenkasse das Ergebnis ihrer Prüfung mit. [2] Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grundlage dieser Mitteilung einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag in Höhe von 25 Prozent zu versehen ist, und macht diesen durch Bescheid geltend. [3] Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. [4] Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2020 durchzuführen. [5] Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten nach § 30 Absatz 2 Satz 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren.

Begründung zum GKV-VEG zum Einfügen von § 323:

Vorbemerkung: siehe die Änderungen durch den 14. Ausschuss in Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 und 2
Die neue Übergangsvorschrift in § 323 dient dem Ziel, den Bestand an freiwilligen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 entstanden sind, im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen. Die zum 1. August 2013 eingeführte obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4, wonach freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes und ohne die Mitwirkung der oder des Betroffenen begründet werden, hat zu „ungeklärten passiven" Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Die Nichtmitwirkung eines freiwilligen Mitglieds bewirkt des Weiteren die Festsetzung von Höchstbeiträgen gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2. Es ist davon auszugehen, dass der seit dem Jahr 2013 zu beobachtende, dynamische Anstieg der Beitragsschulden der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen das Ergebnis des Zusammenwirkens aus der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung sowie Zwangseinstufungen zu Höchstbeiträgen ist. Dementsprechend ist anzunehmen, dass ein erheblicher Anteil der statistisch erfassten Beitragsschulden dieser Mitgliedergruppe „fiktiver" Natur ist und nicht realisiert werden kann. Durch die rückwirkende Bestandsbereinigung „ungeklärter passiver" Mitgliedschaften kann das derzeitige Niveau der Beitragsschulden erheblich reduziert und realistischer abgebildet werden. Fälle, in denen zunächst Kontakt zum Mitglied bestand und erst im Laufe der Mitgliedschaft abgebrochen ist, unterliegen nicht dieser Sonderregelung zur Bestandsbereinigung. Diese sind vielmehr unter den Voraussetzungen der neuen Nummer 4 in § 191 zu beenden.
Die Regelung umfasst neben den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens laufenden Mitgliedschaften auch solche nach § 188 Absatz 4 begründeten Mitgliedschaften, die vor Einführung der sogenannten Saisonarbeitnehmerregelung in § 188 Absatz 4 zwischen Zeiten der versicherungspflichtigen Beschäftigung entstanden sein können. Denkbar sind Fallkonstellationen, in denen eine saisonale Beschäftigung in Deutschland ausgeübt wurde und die damit einhergehende Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses und Rückkehr der oder des Betroffenen in ihr oder sein Heimatland zur Begründung von freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 geführt hat, die die Voraussetzungen des § 323 Absatz 2 erfüllen. Die bei erneuter Aufnahme der saisonalen Beschäftigung im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches erfolgende Arbeitgeberanmeldung stellt keinen Kontakt zum Mitglied im Sinne dieser Vorschrift dar. Die Aufhebung dieser Mitgliedschaftszeiten nach § 188 Absatz 4 hat für die Betroffene oder den Betroffenen keine belastende Wirkung. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 2 wird unter typisierender Betrachtung davon ausgegangen, dass während dieser Zeiten kein Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches gegeben war. Dem Grundsatz des räumlichen Geltungsbereichs der Regelung des SGB V entsprechend hätte grundsätzlich eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestanden. Aufgrund der weiteren Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht auch kein schutzwürdiges Interesse der oder des Betroffenen an diesen Mitgliedschaftszeiten. Insofern sind diese Zeiten zu bereinigen.
Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt hat, noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt bereits nach dem Wortlaut voraus, dass die Leistung konkret und individuell für die Versicherte oder den Versicherten erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. An einem Kontakt zum Mitglied fehlt es insbesondere dann, wenn der Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht festgestellt werden konnte bzw. keinerlei Mitwirkung des Mitglieds erfolgt ist. Der Versand eines Schreibens beispielsweise zur Klärung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Verhältnisse stellt für sich genommen keinen Kontakt zum Mitglied dar. Vielmehr muss die Ermittlung, ob Zugangshindernisse (z. B. durch Wohnungswechsel, Ortsabwesenheit) im konkreten Einzelfall bestanden haben, nachweisbar sein (z. B. durch entsprechende Aktenvermerke). Dies ist für die Krankenkassen mit vertretbarem Verwaltungsaufwand feststellbar. Diese Vorgaben stellen sicher, dass nur solche freiwilligen Mitgliedschaften aufzuheben sind, bei denen kein schutzwürdiges Interesse der Betroffenen am Fortbestand der Mitgliedschaft besteht. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend aufgehoben worden sein, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialrechts hat, geht damit für die Betroffene oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

Ist nach dieser Übergangsvorschrift in § 323 eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend aufzuheben, entfallen die insoweit entstandenen Beitragsschulden. Darüber hinaus sind die entsprechenden Versichertenzeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen. Die Krankenkassen haben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhalten, ohne dass diesen Zuweisungen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen durch die Versicherten gegenüberstand. Insofern sieht die Übergangsvorschrift auch die Korrektur von bereits erhaltenen Zuweisungen vor. Auch wenn dies teilweise für Zeiträume erfolgt, für die das BVA den korrigierten Jahresausgleich bereits durchgeführt hat, steht das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot einer Verpflichtung der Krankenkassen zur Zuweisungsrückzahlung nicht entgegen. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende Rückwirkungsverbot schützt in erster Linie die mit den Grundrechten verbürgte Freiheit des einzelnen Bürgers. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gelten die Grundrechte nicht für Krankenkassen, da diese nur organisatorisch verselbstständigte Teile der Staatsgewalt sind und der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung ausüben. Es fehlt ihnen die besondere Zuordnung zu dem durch die Grundrechte geschützten Lebensbereich. Die Krankenkassen können sich auch nicht außerhalb von Grundrechten auf Vertrauensschutz berufen, da ihnen die Verfassung eine eigenständige und unabhängige Stellung nicht zuweist, die hinsichtlich der durch das Rechtsstaatsprinzip geschützten Interessen der eines Grundrechtsträgers vergleichbar ist und entsprechenden Schutz genießt. Zudem ist die Zuweisungskorrektur auch im Hinblick auf vergangene Zeiträume die zwingende Folge der Bereinigung des Mitgliederbestandes. Mit der Übergangsvorschrift soll gerade rückwirkend der Zustand hergestellt werden, der ohne Begründung von „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hätte. Es wäre widersprüchlich, die Krankenkassen zur rückwirkenden Aufhebung von Mitgliedschaften, für die keine Ausgaben aufgrund von Leistungsinanspruchnahme entstehen konnten, zu verpflichten, ihnen aber gleichzeitig die für diese Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen zu belassen. Der Gesetzgeber würde in diesem Fall eine erhebliche Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Krankenkassen, die eine Vielzahl von aufzuhebenden Mitgliedschaften in ihrem Bestand hatten, hinnehmen. Ein sachlicher Grund hierfür ist, insbesondere mit Blick auf den erheblichen Anstieg der Anzahl der freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4, nicht ersichtlich.

Mit Absatz 3 wird eine Sondermeldung für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eingeführt. Die Krankenkassen melden je Berichtsjahr die nach Abschluss der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaftsverhältnisse und die zugehörigen versichertenbezogenen Versichertenzeiten an das BVA und die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen (Prüfdienste). Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den Prüfdiensten je Berichtsjahr alle Mitgliedschaftsverhältnisse nach § 188 Absatz 4, in denen das Mitglied weder Beiträge geleistet noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Diese Datenmeldung ist erforderlich, um den Prüfdiensten die Überprüfung der nicht im Rahmen der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaften mit Blick auf das Merkmal der Kontaktherstellung zu ermöglichen. In der Verfahrensbestimmung des BVA kann vorgesehen werden, dass die Prüfdienste für das Berichtsjahr 2018 eine gesonderte Meldung der Mitgliedschaftsverhältnisse, die nach § 30 Absatz 4 Satz 1 RSAV gemeldet wurden und die Kriterien nach Absatz 3 Satz 2 erfüllen, erhalten. Die Sondermeldung hat bis zum 15. Juni 2019 zu erfolgen, damit eine zeitnahe Festlegung von Bereinigungsbeträgen durch das BVA erfolgen kann. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen bei versichertenbezogenen Daten werden durch die Vorgaben zur Pseudonymisierung gewahrt. Für die Vor-Ort-Prüfung zur ordnungsgemäßen Durchführung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste ist die Herstellung des Versichertenbezuges erforderlich. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Verfahren (auch der Herstellung des Versichertenbezugs) bestimmt das BVA für das Bereinigungsverfahren nach Absatz 4 das Nähere nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, für das Prüfverfahren nach Absatz 5 nach Anhörung der Prüfdienste und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In den Verfahrensbestimmungen ist vorzusehen, dass für den jeweiligen Zweck nicht benötigte Daten nicht übermittelt werden. Im Übrigen bleibt die Verpflichtung der Krankenkassen zur Datenmeldung nach § 30 RSAV unberührt.

Mit der Regelung in Absatz 4 wird sichergestellt, dass Zuweisungen, die Krankenkassen für nach Absatz 1 und 2 aufzuhebende Mitgliedschaften erhalten haben, an den Gesundheitsfonds zurückerstattet werden. Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich noch nicht durchgeführt wurde, sind die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 30 RSAV entsprechend anzupassen. Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt oder die hierfür letzte Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz RSAV bereits abgegeben wurde, wird das BVA ermächtigt, einen Bereinigungsbetrag zu ermitteln und diesen gegenüber den Krankenkassen durch Bescheid geltend zu machen. Die Berechnung des Bereinigungsbetrags erfolgt unter Zugrundelegung der Grundpauschale sowie der Zu- und Abschläge der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen der aufgehobenen Mitgliedschaften aus dem jeweiligen Ausgleichsjahr. Eine Korrektur des Einkommensausgleichs nach § 270a sowie der mitgliederbezogenen Veränderung

der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 RSAV erfolgt nicht. Der Bereinigungsbetrag ist an den Gesundheitsfonds zu erstatten und wird im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV hinzugerechnet.

Mit der Regelung in Absatz 5 werden die Prüfdienste beauftragt, im Rahmen einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu überprüfen, ob die Krankenkassen die Vorgaben zur Bestandsbereinigung nach Absatz 1 und 2 ordnungsgemäß und vollumfänglich eingehalten haben. Die Prüfung kann bei allen Krankenkassen zunächst als systematische Prüfung erfolgen, in der anhand inhaltlicher Kriterien festgestellt werden kann, ob das von der jeweiligen Krankenkasse gewählte Vorgehen die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Bestandsbereinigung nach den Absätzen 1 und 2 erfüllt. Stellen die Prüfdienste als Ergebnis der systematischen Prüfung fest, dass die von den Krankenkassen gewählte Vorgehensweise der Bestandsbereinigung entweder nicht nachvollziehbar dokumentiert ist oder die Dokumentation auf gravierende Mängel bei der Vorgehensweise schließen lässt, schließt sich eine Vollprüfung der Datenmeldung nach Absatz 3 Satz 2 an. In dieser Vollprüfung stellen die Prüfdienste versichertenbezogen bei denjenigen Mitgliedern, die Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 2, nicht aber Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 1 sind, fest, ob diese die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen und daher aufzuheben sind. Die Vollprüfung kann auch direkt ohne systematische Prüfung erfolgen. Auf Grundlage dieser Feststellung legt das BVA einen Korrekturbetrag fest. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen nach Absatz 1 und 2 sowie die Befugnisse der Aufsichtsbehörden unberührt. Die Geltendmachung eines Aufschlags wirkt Anreizen entgegen, die Bestandsbereinigung nicht vollumfänglich vorzunehmen und das Ergebnis der Sonderprüfung abzuwarten. Die Verlängerung der sechsjährigen Aufbewahrungsfrist nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV ist für die RSA-Datengrundlage des Berichtsjahres 2013 erforderlich, um den Prüfdiensten ausreichend Zeit für ihre Überprüfung der Bestandsbereinigung zu geben. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen der Krankenkassen nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV unberührt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen in Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 und 2 wie folgt:

In Absatz 2 wird durch die geänderte Formulierung „Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden“ klargestellt, dass die Bereinigung in Bezug auf alle Mitgliedschaften zu erfolgen hat, die bei ihrer Begründung die gesetzlichen Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 1 erfüllt haben und die in Absatz 2 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllen. Die Bereinigung hat insbesondere unabhängig davon zu erfolgen, ob die Mitgliedschaft im IT-System der jeweiligen Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 oder als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 gespeichert ist. Zudem stellt die Änderung sicher, dass auch die abgeleiteten Familienversicherungen in Fällen, in denen das Mitglied die Kriterien nach Absatz 2 erfüllt, aufgehoben und in die Bereinigung einbezogen werden.

Zudem wird Absatz 3 Satz 1 und 2 neu gefasst. Das Ziel des § 323 ist es, sämtliche Mitgliedschaften, die die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen, einschließlich der entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu bereinigen. Die in Absatz 3 Satz 1 vorgesehene Datenmeldung, die Grundlage für die Ermittlung des Bereinigungsbetrages nach Absatz 4 Satz 1 und die Prüfung nach Absatz 5 ist, bezieht sich allerdings ausschließlich auf nach Absatz 2 aufgehobene Mitgliedschaften. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, wird Absatz 3 Satz 1 so gefasst, dass auch die Versichertentage von Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen zu melden sind, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Dadurch erfasst die Regelung auch alle Mitgliedschaften, die bis zum Inkrafttreten außerhalb der Regelung nach Absatz 2 aufgehoben wurden, und die die Krankenkassen für den Jahresausgleich und dessen Korrektur gemeldet haben. Zusätzlich wird die Meldung an die Prüfdienste nach Absatz 3 Satz 2 um die Familienversicherungen ergänzt, die von den Mitgliedschaften abgeleitet werden, die die in Bezug genommenen Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

Die Erweiterung der Bestandsbereinigung auf die freiwilligen Mitgliedschaften nach § 9 führt insgesamt zu keinem nennenswerten höheren Erfüllungsaufwand, da lediglich das einschränkende Merkmal, dass die Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 begründet wurde, bei Rückgriff auf die IT-Systeme der Krankenkassen entfällt.

§ 324*

Übergangsregelung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit

[1] **Für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit seit dem 15. März 2012, aber vor dem 31. Dezember 2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind und am 1. Januar 2019 das 55.**

Lebensjahr vollendet haben, gilt § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 entsprechend. [2] Der Beitritt ist der Krankenkasse bis zum Ablauf des 31. März 2020 schriftlich anzuzeigen. [3] Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

***Anmerkung: § 324 wird mit Wirkung ab 1. April 2020 aufgehoben (vgl. Artikel 14 Absatz 6 PpSG)**

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG die Änderung in Satz 2 wie folgt:

Mit der Änderung der durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingefügten Übergangsregelung in § 324 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit um ein Jahr verlängert, um auszuschließen, dass es auf Grund der gesetzlichen Kündigungsfristen für einen privaten Krankenversicherungsvertrag zu einer Doppelbelastung mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt. Durch die Änderung können die von der Regelung erfassten ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit den Zeitpunkt für den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt auf den Zeitpunkt der Beendigung ihres privaten Krankenversicherungsvertrages wählen.
Folgeänderung: Die Übergangsregelung des § 324 ist ab dem 1. April 2020 gegenstandslos, so dass sie zu diesem Zeitpunkt aufzuheben ist. Dementsprechend ist eine gesonderte Regelung des Inkrafttretens dieser Regelung vorgesehen.

Der 14. Ausschuss begründet zum GKV-VEG das Einfügen von § 324 wie folgt:

Vorbemerkung: siehe Änderung in Satz 2 durch PpSG
Mit der Änderung wird das Beitrittsrecht für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8) auch denjenigen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zugestanden, die seit dem 15. März 2012, aber vor dem 31. Dezember 2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherungsberechtigung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit am 1. Januar 2019 bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben. Damit wird an die mit dem Gesetz zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 15. März 2012 (BGBl. I S. 462) geschaffene neue Rechtslage angeknüpft, nach der Soldatinnen und Soldaten auf Zeit für eine Dienstzeit bis zu 25 Jahren auch über das 40. Lebensjahr hinaus verpflichtet werden können. Gleichzeitig wird der Kreis der nach der Übergangsregelung Versicherungsberechtigten auf diejenigen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eingeschränkt, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben und insofern bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung aufgrund der Ausschlussregel des § 6 Absatz 3a grundsätzlich keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die von der Übergangsregelung betroffenen Soldatinnen und Soldaten können den Beitritt bis zum Ablauf des 31. März 2019 anzeigen. Der Beitritt ist gemäß § 188 Absatz 3 schriftlich zu erklären. Die Mitgliedschaft beginnt gemäß § 188 Absatz 1 mit dem Tag des Beitritts.

§ 325

Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen

Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum 9. November 2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.

Der 14. Ausschuss begründet zum PpSG das Anfügen von § 325 wie folgt:

Die Regelung enthält eine gesetzliche Ausschlussfrist für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, die aber bis zum Tag der zweiten und dritten Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Die Regelung zielt auf die Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens, der mit der rückwirkenden Einführung der verkürzten Verjährungsfrist beabsichtigt ist. Verhindert werden soll, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die Verjährung vermeintlicher Rückzahlungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen. Vor diesem Hintergrund wird die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekündigt haben, ausgeschlossen. Rückzahlungsansprüche, die nach dem 1. Januar 2017 entstanden sind, können nach der Einführung der zweijährigen Verjährungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden.

§ 326

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter

(1) [1] **§ 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.** [2] **§ 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat.** [3] **Die zur Zukunftssicherung vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit derselben Person in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.**

(2) [1] **Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 2d Satz 6 kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden.** [2] **Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.**

Begründung zum TSVG zum Anfügen von § 326:

Die Übergangsvorschriften betreffen den zeitlichen Anwendungsbereich der Neuregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes zur Vergütung der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8), der hauptamtlichen Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Absatz 2 Satz 15 bis 19), der Vorstände des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (§ 217b Absatz 2 Satz 8 bis 12) sowie des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und seines Stellvertreters (§ 282 Absatz 2d Satz 6 bis 9).

***Zu Absatz 1* – Anmerkung: Siehe Anfügen von Satz 3 durch den 14. Ausschuss**

Nach Absatz 1 Satz 1 gilt bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das neu eingeführte Verbot von Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit bzw. beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum Inkrafttreten der Änderungen bereits zugestimmt hat. Die Gründe, die für ein solches Verbot sprechen, rechtfertigen eine Erstreckung auf laufende Verträge. Vertrauensschutz bestünde nur, wenn die Verträge bereits einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vorsehen würden. Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln, die lediglich die Möglichkeit auf eine Vergütungsanpassung gewähren, werden von dem Vertrauensschutz nicht erfasst. Im Übrigen finden nach Satz 2 bei den genannten Körperschaften die neuen Anforderungen erst bei der Zustimmungsentscheidung zu Beginn der auf das Inkrafttreten der Regelungen folgenden neuen Amtsperiode Anwendung. So können insbesondere nicht beitragsorientierte Versorgungszusagen bis zum Ende der bereits begonnenen Amtszeit beibehalten werden.

Zu Absatz 2

Der Absatz 2 regelt in Satz 1, dass bis zum Ablauf des Jahres 2027 die Vereinbarung einer höheren Vergütung im Vergleich zu derjenigen, der die Aufsichtsbehörde zuletzt zugestimmt hat, unzulässig ist. Bis zu diesem Zeitpunkt wird auch eine Anpassung der Grundvergütung an die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ausgeschlossen. Diese vorübergehende Deckelung der Vergütungen dient der Begrenzung des Einsatzes von Beitragsmitteln der Versicherten und Vertragsärzte bzw. des Systemzuschlags für den Gemeinsamen Bundesaussauschuss. Die Begrenzung ist mit Blick auf das bereits erreichte hohe Vergütungsniveau bei den betroffenen Körperschaften gerechtfertigt, um dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Geltung zu verhelfen. Da der ge-

setzliche Rahmen bislang keine feste Obergrenze vorsah, haben sich die vereinbarten Vergütungen kontinuierlich gesteigert, ohne dass dies aufsichtsbehördlich wirksam verhindert werden konnte. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass das bestehende Vergütungsniveau auch unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes noch bis 2027 ausreichen wird, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Der Zeitraum ist so gewählt, dass er bei den Organmitgliedern mit begrenzter Amtszeit mindestens eine neue Amtsperiode umfasst, für die eine höhere Vergütung ausgeschlossen wird. Die Ergänzung in Satz 2 stellt sicher, dass nach Ablauf des Jahres 2027 nicht die gesamte Teuerung während der Dauer des Erhöhungsverbotes nach Satz 2 „aufgeholt" werden kann. Vielmehr darf lediglich die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.

Der 14. Ausschuss begründet zum TSVG die Änderung wie folgt:

Die Paragraphenbezeichnung wird angepasst **(§ 323 Gesetzentwurf).**
Zu Absatz 1 Satz 3
Gemäß der Übergangsregelung in § 326 Absatz 1 Satz 2 finden die dort genannten Neuregelungen keine Anwendung auf Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zugestimmt hat, so dass sie erst bei einer späteren Zustimmungsentscheidung Geltung beanspruchen. Der Änderungsantrag ergänzt dies um eine noch weitergehende Vertrauensschutzregelung, die derjenigen in § 121 SGB IV entspricht. Danach darf eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in einem bestehenden Vertrag bereits vereinbarte nicht beitragsorientierte Versorgungszusage für eine der betroffenen Personen abweichend von den neu eingeführten Vorgaben auch bei Abschluss eines neuen Vertrages insbesondere im Fall einer Wiederwahl zu den gleichen Bedingungen fortgeführt werden. Hiermit wird dem Grundsatz des Vertrauensschutzes Rechnung getragen. Zudem wäre die Wirtschaftlichkeit einer Umstellung der Versorgungszusage auf eine beitragsorientierte Form je nach bestehender Laufzeit der Versorgungsverträge und nach Alter der Vorstandsmitglieder auch für die Körperschaften nicht immer gegeben.
Zu Absatz 2 Satz 2
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Stichwortverzeichnis SGB V (§§ 1–326)

Die Ziffern beziehen sich jeweils auf die Paragrafen des SGB V

A

Altersversorgungsverpflichtungen 171e, 281, 282

Ärzteverzeichnis 39, 293

Ärztliche Behandlung
– freie Arztwahl 76
– Leistung 15
– Umfang 28

Ambulante Behandlung
– in Einrichtungen der Behindertenhilfe 119a
– in stationären Pflegeeinrichtungen 119b
– spezialfachärztliche Versorgung 116b

Ambulanzen
– geriatrische 118a
– Hochschulambulanzen 117
– psychiatrische 118

Angestellte
– Versicherungspflicht 5

AOK siehe Ortskrankenkassen

Apotheken
– Abrechnung 300
– Abschlag 130
– Apothekenverzeichnis 293
– Arzneimittelabrechnung 300, 303
– Besondere Versorgung 129
– Krankenhausapotheken 129a
– Medikationsplan 31a
– Rabatt 130
– Rabatte der pharm. Unternehmer 130a–130c
– Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung 129, 131
– Rechenzentren 300

Arbeiter
– Versicherungspflicht 5

Arbeitsgemeinschaften
– Aufgabenerledigung durch Dritte 197b
– der Krankenkassen und ihrer Verbände 219
– ergänzende Regelung 303
– Kennzeichen für Leistungen 293
– Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung 274
– Zulassung Heilmittel 124

Arbeitstherapie 42

Arbeitsunfähigkeit
– Krankengeld 44
– stufenweise Wiedereingliederung 74
– Übermittlung Arbeitsunfähigkeitsdaten 49, 295
– Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit 44

Arzneimittel
– Abgabe 129
– Abrechnung 300
– Abschlag 130a–130c
– ausgeschlossene Mittel 34, 93
– aut-idem 73, 129
– Bezugsquellen 73
– Cannabis 31
– Datenverarbeitung 217f
– Erstattungsbeträge 130b, 130c
– Festbeträge 35
  – Veröffentlichung 35
– Importarzneimittel 129
– Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit 35b
– Kostenerstattung 13, 129
– Kosten-Nutzen-Bewertung 35b
– Krankenhausapotheken 129a
– Leistungen 31
– Medikationsplan 31a
– Medizinprodukte
  – Bewertung 137h
  – Erprobung 137e
– Modellvorhaben 64a
– Nutzenbewertung 35a
  – Rechtsverordnung 35a
– Rabatt 130–130c
– Rahmenverträge
  – Arzneimittelversorgung 129
  – mit pharmazeutischen Unternehmern 131
– Rechtsverordnung 31, 35a
– Schwangerschaft/Entbindung 24e
– Therapie nach Krankenhausbehandlung 115c
– Therapiehinweise 92
– unzulässige Zusammenarbeit 128
– Verbandmittel 31
– Vereinbarung 84
– Verordnung 73
– Verordnungsblätter 87
– Wundversorgung 31, 37
– Zielvereinbarungen 84
– Zulassungsüberschreitende Anwendung 35c
– Zuzahlungen 31, 53, 61, 62
– Zuzahlungsbefreite 31

Asylbewerber 264

Aufgabenerledigung durch Dritte 197b

Aufsicht
– Gemeinsamer Bundesausschuss 91a

– Landesverbände 208
– Landesschiedsstellen 111b, 114
– Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung 274
– Schiedsämter 89
– Schiedsgremien 89a

Aufsichtsmittel KBV/KZBV 78a, 78b

Aufsichtsmittel Spitzenverband Bund 217g, 217h, 282

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten 206

Auskunftspflicht
– Auskünfte an Versicherte 305
– Rechenschaft über Mittelverwendung 305b
– Veröffentlichung Jahresrechnungsergebnisse 305b

Ausland
– Deutsche Verbindungsstelle KV-Ausland 219a–219b, 219d
– freiwillige Versicherung/Beiträge 9, 240
– Kostenerstattung EU/EWR/Schweiz 13
– Kostenübernahme bei
  – Behandlung außerhalb EU/EWR 18
  – Rücktransport 60
– Leistungen
  – Beschäftigung im Ausland 17
  – Ruhen 16
– Nationale Kontaktstelle 219d
– Renten 228
– Sonderregelungen Risikostrukturausgleich 269
– Schutzimpfungen 20i
– Versicherungspflicht 5
– Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten 140e
– Verträge zur Sicherstellung der Versorgung 72a

B

Basistarif
– Beitragszuschüsse 257
– Personen ohne Versicherungsschutz 315
– Sicherstellung ärztl. Versorgung 75

Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung
– Aufstellung 99
– Förderung der Versorgung 105
– Gemeinsames Landesgremium 90a
– Haus-/Fachärzte 101
– Überversorgung 101
– Unterversorgung 100
– Zulassungsbeschränkungen 103, 104

Befreiung
– von der Versicherungspflicht auf Antrag 8
– von Zuzahlungen 62

Behandlungsbedarf 87a

Behandlungsfehler
– Unterstützung des Versicherten 66

Behinderte Menschen
– Befreiung von Versicherungspflicht 8
– beitragspflichtige Einnahmen 235
– Leistungen 2a
– medizinische Behandlungszentren 119c
– nichtärztliche Leistungen 43b, 119c
– Verhütung von Zahnerkrankungen 22a
– Versicherungspflicht 5

Beiträge
– beitragspflichtige Einnahmen 3, 223
– Familienangehörige 3
– Grundsatz 220
– Sicherstellung Gesundheitsfonds 271a
– solidarische Finanzierung 3

Beitragsfreiheit
– Kranken-, Mutterschafts-, Elterngeld 224
– Rentenantragsteller 225

Beitragspflicht
– Beitragsbemessungsgrenze 223
– Einnahmearten Rangfolge
  – freiwillig versicherte Rentner 238a
  – versicherungspflichtig Beschäftigter 230
  – versicherungspflichtiger Rentner 238
– Einnahmen 226–240
  – Bezieher von Arbeitslosengeld 232a
  – freiwilliger Mitglieder 240
  – Gleitzone/Übergangsbereich 226
  – Künstler und Publizisten 234
  – Pflegeunterstützungsgeld 232b
  – Rangfolge 230, 238, 238a
  – Rehabilitanden, Jugendliche und Behinderte in Einrichtungen 235
  – Rente 228
  – Seeleute 233
  – Studenten und Praktikanten 236
  – unständig Beschäftigter 232
  – versicherungspflichtig Beschäftigter 223, 226
  – versicherungspflichtiger Rentner 237
  – versicherungspflichtiger Rückkehrer 227
  – Versorgungsbezüge 229
– Erstattung von Beiträgen 231
– Rentenantragsteller 239

Beitragssatz
– allgemeiner 241
– Aufbringung der Mittel 220
– aus der Rente 247
– aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen 248

– Bezieher von Arbeitlosengeld II 246
– ermäßigter 243
– Stabilität 4, 71
– Studenten/Praktikanten 245
– Wehrdienst-/Zivildienstleistende 244
– Zusatzbeitrag – kassenindividueller 242

Beitragsschulden – Ermäßigung/Erlass 256a

Beitragstragung 249, 249a, 249b, 249c, 250, 251

Beitragszahlung
– allgemein 252
– aus Arbeitsentgelt 253
– berufsständische Versorgungseinrichtungen 47a
– Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen 256a
– Pflegeunterstützungsgeld 252
– Prüfung 251
– Rente 255
– Rückstand 16
– Studenten 254
– Versorgungsbezüge 256

Beitragszuschüsse
– Beschäftigte 257
– für andere Personen 258

Beitrittsgebiet – Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands
– Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern 311
– Gesamtvergütung 85
– Leistungen 310
– versicherter Personenkreis 309

Belastungserprobung 42

Belastungsgrenze 62

Belegarztwesen
– belegärztliche Leistungen 121
– dreiseitige Verträge 115

Berechtigungsschein 15

Berichtspflicht BMG 78c, 217j, 282

Berufskrankheiten 20c

Berufspraktikanten
– Befreiung von Versicherungspflicht 8
– Beitragssatz 245
– Meldepflicht 200
– Versicherungspflicht 5

Berufungsausschüsse 97

Besondere Versorgung 140a

Besondere Regelungen KBV/KZBV 77b

Besondere Regelungen Spitzenverband Bund 219, 282

Betriebsmittel 259

Bestandsbereinigung freiwillige Versicherung 323

Betriebliche Gesundheitsförderung 20b, 20c, 132 f

Betriebsärzte 132f

Betriebskrankenkassen
– Abwicklung der Geschäfte, Haftung 155
– Auflösung 152
– Ausdehnung auf weitere Betriebe 149
– Ausscheiden von Betrieben 151
– Bundesverband 212
– Errichtung 147
– freiwillige Vereinigung 150
– Haftung 155
– Insolvenz 171b–172, 307a
– Landesverbände 207
– öffentlicher Verwaltungen 156
– Rechtsfähigkeit 4
– Schließung 153
– Verfahren bei Errichtung 148
– Wahlrechte 173–175
– Weiterleitung Zuweisungen an Arbeitgeber 147

Betriebsmittel 259, 260

Bewertungsmaßstab 87

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 65a

Bundesfreiwilligendienst
– Familienversicherung 10
– geringfügige Beschäftigung 7

Bundesmantelvertrag 82, 87

Bundesverbände
– Aufgaben 214
– BGB-Gesellschaft 212
– Bildung 212
– Prüfung 274
– Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse 213

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 20a, 20e

Bußgeldvorschriften 307

C

Chronisch Kranke
– Belastungsgrenze 62
– Leistungen 2a

D

Darlehen 220, 271

Datenaufbereitungsstelle 303d

Datenübermittlung/-erhebung 294 ff.

Datenverarbeitung/-nutzung 303e

Datentransparenz
– Datenaufbereitungsstelle 303d
– Datenübermittlung 303b
– Datenverarbeitung/-nutzung 303e
– Vertrauensstelle 303c
– Wahrnehmung 303a

Datenverwendung/-übermittlung
– Abrechnung ärztl. Leistungen 295, 295a
– Angaben über Leistungsvoraussetzungen 292
– Arzneimittelabrechnung 300
– Arzneimittelerstattungsbeträge 217f
– Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen 304
– Auffälligkeitsprüfungen 296
– Auskünfte an Versicherte 305
– Bewertungsausschuss 87a
– Datenaustausch DVKA 219b, 219d
– Datentransparenz 303a–303e
– Datenübersicht 286
– elektronische Gesundheitskarte 291, 291a, 291b
– ergänzende Regelungen 303
– Fehlverhalten 81a, 197a
– Forschungsvorhaben 287
– Gesellschaft für Telematik 291b
– hausärztliche Versorgung 73
– Hebammen 301a
– Kennzeichen 293
– Kontaktdaten 217f
– Krankenhausnotfallleistungen 295a
– Krankenhäuser 301
– Krankenversichertennummer 290
– Medizinischer Dienst 276
– Nachweispflicht bei Familien-
– versicherung 289
– Online-Abgleich/-Aktualisierung 291
– personenbezogene Daten bei den
– Kassenärztl. Vereinigungen 285
– Pflichten der Leistungserbringer 294
– Pharmazeutische Unternehmer 131
– Qualitätssicherung 299
– Rechnungskürzung 303
– Richtlinie Kontaktdaten 217f
– Schiedsstelle 291a
– Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich 273
– sonstige Leistungserbringer 302
– Sozialdaten bei den Krankenkassen 284
– Strafvorschriften 307b
– Tragung der Beiträge 251
– transplantationsmedizinische Qualitätssicherungsdaten 299
– Übergangsvorschriften 320
– Übermittlung versichertenbezogener Daten 298
– Übermittlung von Leistungsdaten 294, 294a
– Vergütung vertragsärztlicher Leistungen 87c
– Versichertenverzeichnis 288
– Verzeichnis Apotheken, Ärzte, Zahnärzte 293
– Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 268
– Zufälligkeitsprüfungen 297

Deutsche Verbindungsstelle KV-Ausland 219a–219b
– nationale Kontaktstelle 219d

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 35, 295, 301

Dienstleistungen 2
– Kostenerstattung 13

Dienstleistungsgesellschaften 77a

Dienstordnungsangestellte
– Haftung Insolvenz 171d
– Teilkostenerstattung 14
– Wahltarif 53

Disease-Management Programme
– strukturierte Behandlungsprogramme 137f
– Wahltarife 53
– Zulassung 137g

E

Eigenanteil
– kieferorthopädische Behandlung 29
– künstliche Befruchtung 27a
– Zahnersatz 55

Eigeneinrichtungen 76, 140, 220

Eigenverantwortung 1

Einkommensausgleich 270a

Elektronische Gesundheitsakte 68

Elektronische Gesundheitskarte 15, 264, 291, 291a, 291b
– Organ- und Gewebespende 291
– Strafvorschriften 307b
– Verwaltungsausgabenreduzierung 4

Elektronische Kommunikation 67

Elektronische Patientenakte 291a, 305

Elterngeld
– Befreiung von der Versicherungspflicht 8
– Beitragsfreiheit 224
– Meldepflichten 203
– Mitgliedschaft 192

Elternzeit
– Befreiung von der Versicherungspflicht 8
– Familienversicherung 10
– Mitgliedschaft 192

Empfängnisfähigkeit 27, 27a, 121a

Empfängnisverhütung 24a

Entbindung 24f

Enterale Ernährung 31, 316

Entlassmanagement 39

Entsandte Person 78b, 217h, 282

Entscheidungen auf Landesebene 211a

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation 43

Ermächtigung 116 ff.

Erprobung
– Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung 139d
– Methoden Untersuchung/Behandlung 137e

Ersatzkassen 16
– Auseinandersetzung, Haftung 171
– Entscheidungen auf Landesebene 211a
– Insolvenz 171b–172, 307a
– Rechtsfähigkeit 4
– Schließung 170
– Verbände 212
– Vereinigung 168a
– Wahlrechte 173–175

Euro-Gebührenordnung 87, 87a

F

Fahrkosten
– Leistungen 60
– Zuzahlungen 60, 61, 62

Familienpflegezeit
– Befreiung von Versicherungspflicht 8

Familienversicherung
– Beiträge 3
– Freiwillige Versicherung 9
– Kündigung der privaten Versicherung 5
– Nachweispflicht 289
– Versicherung 10

Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Stellen zur Bekämpfung 81a, 197a

Festbeträge
– Arznei- und Verbandmittel 35
– Hilfsmittel 36
– Krankentransportleistungen 133

Finanzausgleiche
– finanzielle Hilfen 265a
– für aufwändige Leistungsfälle 265
– freiwillige Hilfen 265b

Finanzierung
– Aufbringung der Mittel 220 ff.
– solidarische 3

Fissurenversiegelung 22

Förderung bes. Therapieeinrichtungen 65d

Fortbestehen der Mitgliedschaft
– Versicherungspflichtiger 192
– Wehrdienst oder Zivildienst 193

Freiwillige finanzielle Hilfen 265b

Freiwillige Versicherung
– Anschlussversicherung 188
– Anzeigefrist 9
– Beginn der Mitgliedschaft 188
– Beitragserstattung 231
– beitragspflichtige Einnahmen 240
– Beitragszuschüsse 257
– Ende 191
– Ermittlungspflicht 188
– Fortsetzen der Mitgliedschaft 190
– Krankengeld 44, 53
– Personenkreis 9
– Ruhen von Leistungen 16
– Saisonarbeitnehmer 188
– Soldat(inn)en 9, 324
– Wahlrechte 173–175
– Wahltarife 53

Fremdrentengesetz
– Versicherungspflicht der Rentner 5

Früherkennung von Krankheiten
– Bonus 65a
– Gesundheitsuntersuchungen 25
– Kinderuntersuchungen 26
– Modellvorhaben 63–65
– organisierte Programme 25a

G

Gemeinsamer Bundesausschuss
– allgemeines 91
– Aufsicht, Haushalts-/Rechnungswesen, Vermögen 91a
– Bewertung Medizinprodukte 137h

– Erprobungen 137e, 139c, 139d
– Geschäftsordnung 91
– Haftung 91
– Innovationsfonds 92a, 92b
– Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen 137a
– Nutzenbewertung Arzneimittel 35a
– Patientenbeteiligung 140f–140g
– Richtlinien 92
  – Mitberatung der Länder, Stellungnahmen 92
  – Qualitätssicherung 136ff
– Übersicht ausgeschlossene Arzneimittel 93
– Untersuchungs-/Behandlungsmethoden 135

Gemeinsames Landesgremium 90a

Geriatrische Institutsambulanzen 118a

Geringfügige Beschäftigung
– Beitragstragung 249b
– Versicherungsfreiheit 7

Gesamtrücklage 262

Gesamtvergütung 85
– Bewertungsmaßstab 87
– Euro-Gebührenordnung 87a
– Honorarverteilung 87b
– morbiditätsbedingte 87a
– Transparenz 87c
– Vergütung vertragsärztlicher Leistungen 2012 87d

Geschlechtsspezifische Besonderheiten 2b

Gesellschaft für Telematik 291, 291a, 291b

Gesundheitsfonds 271
– Beitragszahlung 252, 255
– Beteiligung des Bundes 221
– Darlehen 271
– Einkommensausgleich 270a
– Grundsatz 220
– Schätzerkreis 220
– Sicherstellung der Einnahmen 271a
– Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte 269
– Weiterleitung an Arbeitgeber 147
– Zusatzbeitrag
  – kassenindividueller 242
  – durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 242a
– Zuweisungen (Risikostrukturausgleich) 266
– Zuweisungen (sonstige Ausgaben) 270
– Zwangsgeld 252

Gesundheitsförderung 20
– betriebliche 20b, 132f
– Bonus 65a
– Krankenhäuser 20, 20b
– Lebenswelten 20a
– Pflegeeinrichtungen 20, 20b
– Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 20c
– Präventionsempfehlung 25
– Präventionsstrategie 20d–20g
– Vorsorge-/Rehaeinrichtungen 20, 20b

Gesundheitskarte 4, 291, 291a, 291b

Gesundheitsuntersuchungen 25
– Krebsfrüherkennung 25, 25a
– Versorgung durch Betriebsärzte 132f

Gruppenprophylaxe von Zahnerkrankungen 21

H

Hausarztzentrierte Versorgung
53, 73b, 295a, 305a
– Prämien, Zuzahlungsermäßigung 53
– Rechtsverletzung 71

Häusliche Krankenpflege
– Abrechnung 302
– Kurzzeitpflege 39c
– Leistungen 37
– Qualitäts-/Abrechnungsprüfungen 275b
– Rahmenempfehlungen 132a
– Schiedsstelle 132a
– Vergütungszuschlag Pflegeversicherung 37
– Verträge 132a
– Wundversorgung 31, 37
– Zuzahlung 37, 61, 62

Häusliche Pflege 24g

Haushaltshilfe
– Leistungen 38
– Schwangerschaft/Entbindung 24h
– Verträge 132
– Zuzahlung 38, 61, 62

Hebammenleistungen 11, 24c–24h
– Abrechnung 301a
– Qualitätssicherung 134a
– Rechnungskürzung 303
– Versorgung mit Hebammenhilfe 134a
– Vertragspartnerliste 134a

Heilmittel
– Abrechnung 302
– Arbeitsgemeinschaft 124
– ausgeschlossene 34
– Auswahl, Therapiedauer 73
– ergänzende Regelungen 303
– Fort-/Weiterbildung 125
– kurortspezifische 125
– langfristiger Behandlungsbedarf 32

– Leistungen 32
– Mitwirkung von Vertragsärzten 128
– Modellvorhaben 63
– neue Heilmittel 138
– Preise 125, 125b
– Qualitätssicherung 125
– Schiedsstelle 125
– Schwangerschaft/Entbindung 24e
– unzulässige Zusammenarbeit 128
– Vereinbarung 84
– Verordnung 73
– Versorgungsverantwortung 125a
– Verträge 125
– Zulassung von Leistungserbringern 124
– Zuzahlungen 32, 61, 62

Hilfsmittel
– Abrechnung 127, 302
– Auffälligkeits-/Stichprobenprüfungen 127
– ausgeschlossene 34
– Beratung 127
– ergänzende Regelungen 303
– Festbeträge 36
– Hilfsmittelverzeichnis 139
– Kontaktlinsen 33
– Leistungen 33
– Mitwirkung von Vertragsärzten 128
– Prüfung 33
– Qualitätssicherung 139
– Rahmenempfehlungen 127
– Rechnungskürzung 303
– Schutz Nadelstichverletzungen 33
– Schwangerschaft/Entbindung 24e
– Sehhilfen 33
– unzulässige Zusammenarbeit 128
– Versorgung durch Vertragspartner 126
– Verträge 127
– Verzeichnis 139
– Zertifizierung 126
– Zuzahlungen 33, 61, 62

HIV-Präexpositionsprophylaxe 20j

Hochschulambulanzen 117
– Vergütung 120

Hörhilfen 33

Hospizleistungen 39a
– Beratung 39b
– Rahmenvertrag 132d

Humanität 70

I

Individualprophylaxe von Zahnerkrankungen 22

Informationsgrundlagen 288–293

Innovationsfonds 92a, 92b

Innungskrankenkassen
– Auflösung 162
– Ausdehnung Handwerksinnungen 159
– Auseinandersetzung, Haftung 164
– Ausscheiden einer Handwerksinnung 161
– Bundesverband 212
– Errichtung 157
– Insolvenz 171b–172, 307a
– Landesverbände 207
– Rechtsfähigkeit 4
– Schließung 163
– Vereinigung 160
– Verfahren bei Errichtung 158
– Wahlrechte 173–175

Insolvenz von Krankenkassen 171b–172, 307a
– Darlehen 271
– Leistungsansprüche 19

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit 139a
– Aufgabendurchführung 139b
– Finanzierung 139c

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Integrierte Versorgung 140a, 305a
– Abrechnung 295a
– Apotheken 129
– Gemeinsames Landesgremium 90a
– Wahltarife 53

J

Jahresarbeitsentgeltgrenze
– Befreiung 8
– Überschreiten 6

Jugendhilfe
– Übernahme der Krankenbehandlung 264
– Versicherungspflicht 5

K

Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen 171a

Kassenärztliche Vereinigungen
– Abrechnungs-/Wirtschaftlichkeitsprüfung 106, 106a
– Arbeitsgemeinschaften 77b
– Arztregister 95, 95a
– Aufbewahrung von Daten 304
– Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken 78
– Aufsichtsmittel 78a
– Auskünfte an Versicherte 305

– Barrierefreiheit 75
– Beratende Fachausschüsse 79b, 79c
– Beratung der Vertragsärzte 305a
– Berichtspflicht BMG 78c
– Berufungsausschüsse 97
– besondere Regelungen 77b
– besondere Versorgung 140a
– Bestellung eines Beauftragten 79a
– Betriebsmittel 78
– Bildung 77
– Datentransparenz 303a–303f
– Datenübersicht 286
– Dienstleistungsgesellschaften 77a
– Einrichtungen 77b
– Entsandte Person 78b
– Forschungsvorhaben 287
– Gemeinsamer Bundesausschuss 91
– Gemeinsames Gremium 90a
– Gesamtverträge 83
– Grippeimpfstoff 132e
– Haushaltsplan 78
– Jahresrechnung 78, 305b
– Landesausschüsse 90
– Modellvorhaben 63–65
– Notdienst 75
– Organe 79
– personelle Unterstützung 77
– personenbezogene Daten 285
– Prüfung 274
– Qualitätsförderung 135b
– Qualitätsprüfung 135b
– Rechenschaft über Mittelverwendung 78
– Revision 79
– Richtlinien Qualitätssicherung 136
– Rücklagen 78
– Satzung 78a, 81
– Schiedswesen 89, 89a
– Sicherstellung 75
– Sprechstundenzeiten 75
– Stellen zur Bekämpfung Fehlverhalten 81a
– Transparenz der Vergütung 87c
– Vereinigung 77
– Verhinderung von Organen 79a
– Veröffentlichung Entschädigung 79
– Wahlen 80
– Wartezeitenmanagement 75
– Zulassungsausschüsse 96
– Zwangsgeld 78

Kassenverbände 218

Kennzeichen für Leistungsträger und -erbringer 293

Kieferorthopädie 28, 29

Kinderkrankengeld 45

Kinderuntersuchung 26
– Bonus 65a

Klinische Krebsregister 65c

Knappschaft
– knappschaftliche Krankenversicherung 4, 167
– Übergangsregelung 318
– Verband 212
– Wahlrechte 173–175

Körperersatzstücke 33

Kontaktlinsen 33

Kostenerstattung
– anstelle Sach- oder Dienstleistung 13
– Arzneimittel 13, 129
– EU/EWR/Schweiz 13
– sebstbeschaffte Leistung 13
– Teilkostenerstattung 14
– Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige 264
– unaufschiebbare Leistung/zu Unrecht abgelehnte 13
– Wahltarife 53

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln 35b

Krankenbehandlung 27
– Entlassmanagement 39
– gegen Kostenerstattung 264
– Modellvorhaben 63–65
– Versorgungsmanagement 11

Krankengeld
– allgemeines 44
– Antrag auf Leistungen zur Teilhabe 51
– Ausschluss 50
– bei Erkrankung des Kindes 45
– Beitragszahlung Versorgungseinrichtungen 47a
– Berechnung 47, 47b
– Dauer 48
– Entstehen des Anspruchs 46
– Erstattung bei medizinischer Rehabilitation 49
– Höhe 47, 47b
– Kürzung 50
– Leistungsausschluss/-beschränkung 52, 52a
– Organ-, Gewebe-, Blutspender 44a
– Ruhen 16, 49
– Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation 24b
– Selbstverschulden 52
– stufenweise Wiedereingliederung 74
– Übergangsbereich 47
– Wahlerklärung 44
  – Übergangsregelung 319
– Wahltarife 53
– Wegfall 50, 51
– Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit 44

Krankenhäuser, Krankenhausbehandlung
– Abrechnung 295a
– ambulante Behandlung 39, 76
  – Krankenhausärzte 116
  – Krankenhäuser bei Unterversorgung 116a
  – Operationen 115b
  – spezialfachärztliche im Krankenhaus 116b
– Arztnummer 39, 293
– Auskünfte an Versicherte 305
– Begleitperson 11
– Begriff 107
– belegärztliche Leistungen 121
– besondere Versorgung 140a
– betriebliche Gesundheitsförderung 20, 20b
– Bewertung Untersuchungs-/Behandlungsmethoden 137c
– Datenübermittlung 301, 303
– Datenverarbeitung 295a
– Dreiseitige Verträge 115
– Elektronische Gesundheitskarte 291a
– Entlassmanagement 39
– Erprobung Untersuchungs-/Behandlungsmethoden 137c, 137e
– Fortsetzung der Arzneimitteltherapie 115c
– Gemeinsamer Bundesausschuss 91, 92
– Gemeinsames Landesgremium 90a
– Geriatrische Institutsambulanzen 118a
– Heilmittel 124
– Hochschulambulanzen 117, 120
– hochspezialisierte Leistungen 116b
– integrierte Versorgung 140a
– klinische Krebsregister 65c
– Kostenerstattung EU/EWR/Schweiz 13
– Krankenhausapotheken 129a, 130a–130c
– Krankenhausgesellschaften 108a
– Kündigung 110
– künstliche Befruchtungen 121a
– Landesschiedsstelle 114
– Medizinprodukte 137h
– Mitaufnahme einer Pflegekraft 11
– Modellvorhaben 63–65
– nachstationär 115a
– Notdienstpraxen 75
– Pflegegrad 301
– Pflegepersonalquotienten 137j
– Pflegepersonaluntergrenzen 137i
– Praxiskliniken 115, 122
– psychiatrische Behandlung 39, 115d
– psychiatrische Institutsambulanzen 118
– Qualitätsförderung 135c
– Qualitätskontrollen 275a
– Qualitätssicherung 135a, 136, 137a
– Qualitäts-/Wirtschaftlichkeitsprüfung 113
– Qualitätsverträge 110a
– Rahmenempfehlungen 112, 115
– Rechtsbeziehungen zu Krankenkassen und Verbänden 69
– Sanktionen 137i, 137j
– Schiedsgremien 89a
– sozialmedizinische Nachsorge 43
– sozialpädiatrische Zentren 119
– spezialfachärztliche Versorgung 116b
– Standorte 293
– stationsäquivalent 39, 115d
– stationäre Behandlung 39
– stationsersetzende Eingriffe 115b
– Strukturfonds 105, 271
– teilstationär 39
– Telematik 291–291g
– unzulässige Zusammenarbeit 128
– Vergütung ambul. Krankenhausleistungen 120
– Vergütungsabschläge 137i, 137j
– Verjährung 109, 325
– Versorgungsmanagement 11
– Versorgungsverträge 109, 110
– Verzeichnis der Leistungen, Entgelte 39
– Verzeichnis der Standorte 293
– vorstationär 115a
– Zulassung 108
– Zuzahlungen 39, 43c, 61, 62
– zweiseitige Verträge 112
– Zweitmeinung 27b

Krankenkassen
– Altersversorgungsverpflichtungen 171e
– Arbeitsgemeinschaften 219
– Arten 4
– Aufgabenerledigung durch Dritte 197b
– Betriebskrankenkassen 4, 147–156
– Eigeneinrichtungen 140
– Ersatzkassen 4, 168–171
– Förderung klinischer Krebsregister 65c
– Informationsgrundlagen 288–293
– Innungskrankenkassen 4, 157–164
– Insolvenz 171b–172, 307a
– Knappschaft-Bahn-See 4, 167
– Landwirtschaftliche Krankenkasse 4, 166
– Ortskrankenkassen 4, 143–146a
– Prüfung 274
– Rechenschaft 305b
– Satzung 194–196
– unzulässige Werbemaßnahmen 4
– Vereinigung kassenartenübergreifend 171a
– Veröffentlichung der Jahresergebnisse 305b
– Verwaltungsausgaben 4
  – Ausnahmen durch Aufsichtsbehörde 4
  – Werbung neuer Mitglieder 4
– Wahlrechte der Mitglieder 173–175
– Zusammenarbeit 4
– Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigung 172a

Krankentransporte
– Leistungen 60
– Verträge über Krankentransportleistungen 133
– Zuzahlungen 60, 61, 62

Krankenversichertennummer 290

Krankheitsverhütung
– betriebliche Gesundheitsförderung 20b, 20c, 132f
– Bonus 65a
– Empfängnisverhütung 24a
– Modellvorhaben 63–65
– Prävention, Gesundheitsförderung 20, 20a
– Präventionsstrategie 20d–20g
– Schutzimpfungen 20i
– Schwangerschaftsabbruch 24b
– Selbsthilfe 20h
– Sterilisation 24b
– Vorsorgeleistungen 23, 24
– Zahnerkrankungen 21, 22

Krebsfrüherkennung 25
– klinische Krebsregister 65c
– organisierte Früherkennungsprogramme 25a

Kryokonservierung 27a

Künstler
– beitragspflichtige Einnahmen 234
– Ruhen von Leistungen 16
– Versicherungspflicht 5

Künstliche Befruchtung 27, 27a, 121a
– Eigenanteil 27a
– Kryokonservierung 27a

Kur siehe Rehabilitation, Vorsorge

Kurzzeitpflege 39c
– Versorgungsverträge 132h

L

Landesausschüsse
– vertragsärztliche Versorgung 90

Landesverbände
– Abrechnung Leistungserbringer 303
– Arbeitsgemeinschaft Heilmittel 124
– Asylbewerber Rahmenvereinbarung 264
– Aufgaben 211
– Aufsicht 208
– Bedarfsplan 99
– Bildung und Vereinigung 207
– Entscheidungen auf Landesebene 211a
– Erprobung von Methoden 137e
– Fehlverhalten 197a
– Finanzausgleich 265
– Förderung Qualität 136
– Gemeinsames Gremium 90a
– Gesamtrücklage 262
– Gesamtverträge 82
– Gesundheitsuntersuchungen 26
– Gewährleistungsfristen 137
– Gruppenprophylaxe 21
– Haushalts- und Rechnungswesen 208
– Heilmittel/Hilfsmittel 124 ff.
– Koordinierungsstellen 20b
– Krankenhäuser 108 ff., 115 ff., 137f
– Krankentransportleistungen 133
– Krebsregister 65c
– Landesausschüsse 90
– Landesschiedsamt 89
– Modellvorhaben Arznei 64a
– Präventionsstrategie Vereinbarung 20f
– Satzung 210
– Sicherstellung 72a
– Schiedsstelle 111b, 114
– Schutzimpfungen 20i
– sozialmedizinische Nachsorge 132c
– Soziotherapie 132b
– Statistiken 208
– Strukturfonds 105
– Terminservicestellen 75
– Vermögen 208
– Versorgungsverträge 111 ff.
– Verwaltungsrat 209
– Verzeichnis stat. Leistungen 39
– Vorstand 209a
– Wirtschaftlichkeitsprüfungen 106 ff.
– zahntechnische Leistungen 57, 88
– Zulassungsausschuss 96, 97

Landwirte
– Versicherungspflicht 5

Landwirtschaftliche Krankenkasse 4, 166

Leistungen
– allgemein 2
– Angaben über Leistungsvoraussetzungen 292
– Arten 11
– Begleitperson 11
– Behandlung außerhalb EU/EWR 18
– Behinderte/chronisch Kranke 2a
– bei Beschäftigung im Ausland 17
– Beschränkung/Ausschluss 52, 52a
– besondere Therapierichtungen 2
– Cannabis 31
– Dienstleistungen 2
– Entscheidung 13
– Erlöschen 19
– EU/EWR/Schweiz 13
– Festbetrag 12
– Geschlechtsspezifische Besonderheiten 2b

– Kostenerstattung 13
– Krankenbehandlung 27
– lebensbedrohliche/tödliche Erkrankungen 2
– Mehrleistungen 11, 194
– Mutterschaft 11, 24c–24i
– nichtärztliche Leistungen Behinderte 43b, 119c
– ohne Rechtsgrundlage 12
– Organspender 11, 27
– Palliativversorgung 27, 37, 37b
– persönliches Budget 2
– Ruhen 16
– Sachleistungen 2
– Schließung/Insolvenz 19
– Schwangerschaft 11, 24c–24i
  – Abbruch 24b
– Teilkostenerstattung 14
– Versorgungsmanagement 11
– Vorrang der Unfallversicherung 11, 16
– Wahltarife 53
– Wirtschaftlichkeitsgebot 12
– zusätzliche 11

Leistungsarten 11
– Sozialgesetzbuch IX 11

Leistungsbeschränkungen
– Leistungsausschluss 52a
– Selbstverschulden 52, 284, 294a

Leistungsempfänger nach SGB III
– Versicherungspflicht 5

Leistungserbringer
– Abrechnung 302
– Anwendungsbereich 69
– Apothekenverzeichnis 293
– Arztverzeichnis 293
– Ausland 13, 140e
– Beitragssatzstabilität 71
– besondere Versorgung 140a
– Datentransparenz 303a–303e
– elektronische Gesundheitskarte 291a
– elektronische Kommunikation 67, 68
– ergänzende Regelungen 303
– Gesellschaft für Telematik 291b
– Information 305
– Kennzeichen 293
– Modellvorhaben 63–65
– Pflichten 294
– Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit 70
– Rahmenempfehlungen 302
– Übermittlung von Leistungsdaten 294–303
– Wettbewerbsrecht 69
– Zuzahlungen 43c

M

Medikationsplan 31a

Medizinische Behandlungszentren 119c

Medizinischer Dienst
– Arbeitsgemeinschaft 278
– Aufgaben des Verwaltungsrates 280
– Ausnahmen 283
– Begutachtung und Beratung 275
– Behandlungsfehler 66
– Finanzierung und Aufsicht 281
– Frist für Stellungnahme 13
– Koordinierung auf Bundesebene 282
– Mitteilungspflichten 277
– Qualitäts-/Abrechnungsprüfungen häuslicher Krankenpflege 275b
– Qualitätskontrollen Krankenhäuser 275a, 276
– Sozialdaten 276
– Spitzenverband Bund der Krankenkassen 282
– Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat 279
– Zusammenarbeit 276

Medizinprodukte siehe Arzneimittel

Meldepflicht
– Auskunfts- und Mitteilungspflichtigen 206
– bestimmter Versicherungspflichtiger 205
– Bezug von
  – Arbeitslosengeld 203a
  – Elterngeld 203
– Einberufung zum Wehrdienst/Zivildienst 204
– Familienversicherung 10
– Rentenantragstellung und -bezug 201
– sonstiger Personen 200
– Studenten/Praktikanten 200
– unständiger Beschäftigung 199
– versicherungspflichtig Beschäftigte 198
– Versorgungsbezüge 202

Mitgliedschaft
– Beginn 186–189
– Ende 190, 191
– Fortbestehen 192, 193
– freiwillige Mitgliedschaft 188
– Kündigung 175
– neu errichteter Krankenkassen 187
– Versicherungspflichtiger 186

Mitteilung von Krankheitsursachen/ Gesundheitsschäden 294a

Mitteilungspflichten
– der Versicherten 206
– der Vertragspartner 294a

Mittel der Krankenkasse 259
– Aufbringung 220

– Beteiligung des Bundes 221
– Betriebsmittel 260
– Gesamtrücklage 262
– Rechenschaft 305b
– Rücklage 261
– Veröffentlichung der Jahresergebnisse 305b
– Verwaltungsvermögen 263

Modellvorhaben 20g, 63–65
– Wahltarife 53

Mutterschaftsgeld 24i

Müttervorsorge/-rehabilitation
– Genesung 41
– Vorsorge 24
– Zuzahlung 24, 41, 61, 62

N

Nachsorgemaßnahmen – sozialmedizinisch 43, 132c

Nationale Kontaktstelle 219a, 219d

Nationale Präventionsstrategie 20d–20g

Nichtärztliche Leistungen Behinderte 43b, 119c

Notfallkontrazeptiva 24a

Notlagentarif
– Sicherstellung 75

Nutzenbewertung von Arzneimitteln 35a

O

Ordnungswidrigkeiten 306, 307

Organisierte Früherkennungsprogramme 25a

Organspender
– elektronische Gesundheitskarte 291a
– Fortbestehen der Mitgliedschaft 192
– Krankenbehandlung 27
– Krankengeld 44a
– spezialfachärztliche Versorgung 116b
– Vorrrang Unfallversicherung 11

Orientierungswerte 87

Ortskrankenkassen
– Bezirk 143
– Bundesverband 212
– freiwillige Vereinigung 144
– Insolvenz 171b–172, 307a
– Landesverbände 207
– Rechtsfähigkeit 4
– Schließung 146a
– Vereinigung innerhalb eines Landes 145
– Verfahren bei Vereinigung 146
– Wahlrechte 173–175

P

Palliativversorgung 27, 37, 92
– Beratung 39b
– Cannabis 31
– spezialisierte ambulante 37b
– Versorgungsplanung 132g
– Verträge 132d

Patienten
– Beauftragte(r) der Bundesregierung 140h
– Bedarfsplan 99
– Beratung 65b
– Beteiligung 140f, 140g
– Innovationsfonds 92b
– Patientenakte 291a, 305
– Quittung 305
– Schulungsmaßnahmen 43
– Untersuchungsmethoden 135
– Verordnungsermächtigung 140g

Pflegebedürftigkeit
– Haushaltshilfe 38
– Häusliche Krankenpflege 37
– Leistungsarten 11
– medizinische Rehabilitation 40
– Rehabilitation 11
– Verhütung von Zahnerkrankungen 22a

Pflegeeinrichtungen 119b

Pflegeunterstützungsgeld
– Befreiung auf Antrag 8
– beitragspflichtige Einnahmen 232b
– Beitragszahlung 252
– Fortbestehen der Mitgliedschaft 192
– Tragung der Beiträge 249c

Pflegezeit
– Befreiung von Versicherungspflicht 8

Pharmazeutische Unternehmer
– besondere Versorgung 140a
– Nutzenbewertung Arzneimittel 35a
– Rabatte 130a–130c
– Rahmenvertrag 131

Präexpositionsprohylaxe 20j

Prämienzahlungen 53

Prävention, primäre 20
– arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren 20c
– betriebliche Gesundheitsförderung 20b, 132f
– Bonus 65a
– Lebenswelten 20a
– Nationale Präventionsstrategie 20d–20g
– Präventionsempfehlung 25
– Schutzimpfungen 20i
– Selbsthilfe 20h

– spezifische Prophylaxe 20i

Praxiskliniken 115, 122, 140a

Private Krankenversicherung
– Arzneimittelerstattungsbeträge 130b
– Basistarif 257, 315
– Beitragszuschüsse 257, 258, 314
– Elektronische Gesundheitskarte 291a
– Kündigung des Versicherungsvertrages 5
– Notlagentarif 75
– Sicherstellung ärztlicher Leistungen 75
– Standardtarif 257, 315
– Verbraucher-/Patientenberatung 65b
– Versicherungsfreiheit ab 55. Lebensjahr 6
– Wiederaufnahme 5
– Zusatzversicherungsverträge 194

Prophylaxe
– Präexpositionsprophylaxe 20j
– spezifische 20i

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung 274

Psychiatrische Institutsambulanzen 118, 295

Psychisch kranke Menschen
– Modellvorhaben 64b

Psychotherapie
– Arztregister 95c
– Bedarfsplanung 99 ff.
– beratender Fachausschuss 79b
– Beziehungen zu den Leistungserbringern 69 ff.
– Fortbildungspflicht 95d
– Gemeinsamer Bundesausschuss 91
– Gesamtvergütung 85
– Hochschulambulanzen 117
– Institutsambulanzen 118, 120
– Krankenbehandlung 27, 28
– Sicherstellung 72
– Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung 95
– Überversorgung 101
– Vergütung 87 ff.
– vertragsärztliche Versorgung 73
– Wahlen 80
– Zulassung 95, 95c, 317
– Zuzahlung 28, 61, 62

Publizisten
– beitragspflichtige Einnahmen 234
– Versicherungspflicht 5

Q

Qualitätssicherung 70
– Belegärztliche Leistungen 121
– Bewertung von Untersuchungs-/Behandlungsmethoden 135
– Darstellung 137a
– Datenerhebung/-verarbeitung/-nutzung 299
– Durchsetzung und Kontrolle 137
– Erprobung Untersuchungs-/Behandlungsmethoden 137e
– Förderung der Qualität durch die
  – Krankenhausgesellschaft 135c
  – Kassenärztliche Vereinigung 135b
– Gesundheitsuntersuchungen 25
– Haushaltshilfe 132
– Häusliche Krankenpflege 275b
– Hebammenhilfe 134a
– Heilmittel 125, 138
– Hilfsmittel 139
– Hospizleistungen 39a
– Hygiene 136a
– Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit 139a–139c
– Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen 137a, 137b
– Krankenhäuser 135c, 136a, 136b, 136c
– Modellvorhaben 63–65
– Patientenbefragungen 299
– Qualitätskontrollen Krankenhäuser 275a
– Qualitätsprüfung 135b, 275b
– Qualtitätsverträge 110a
– Richtlinien und Beschlüsse 136, 136a, 136b, 136c
– strukturierte Behandlungsprogramme 137f, 137g
– Verpflichtung 135a
– vertrags(zahn)ärztliche Versorgung 136a
– Vorsorge-/Rehamaßnahmen 135a, 137d

Qualitätsverträge 110

R

Rabatte
– Abschlag der Apotheken 130
– der pharm. Unternehmer 130a–130c
– Wettbewerbsrecht 69

Rahmenverträge
– Arzneimittelversorgung 129
– mit pharmazeutischen Unternehmern 131
– Palliativversorgung 132d

Rechenschaft über die Verwendung der Mittel 305b

Rechtsfähigkeit
– Krankenkassen 4

Rehabilitation – medizinische
– Antrag 51
– Begleitperson 11
– beitragspflichtige Einnahmen 235

– Belastungserprobung/Arbeitstherapie 42
– beratender Fachausschuss 79c
– Datenübermittlung 301
– Einrichtungen 107
– ergänzende Leistungen 43
– Fahrkosten 60
– Frührehabilitation 39
– Heilmittel 124
– Krankenbehandlung 27
– Landesschiedsstelle 111b
– Leistungsarten 11
– medizinische Leistungen 40
– Mütter/Väter 41
– Patientenschulungsmaßnahmen 43
– Pflegeeinrichtungen 40
– Pflegebedürftige 40
– pflegende Angehörige 40
– Qualitätssicherung 135a, 137d
– Selbsthilfe 20h
– sozialmedizinische Nachsorge 43
– Versorgungsverträge 111, 111a, 111c
– Zuzahlungen 40, 41, 61, 62

Religiöse Bedürfnisse 2

Rentner
– Beitragserstattung 231
– beitragspflichtige Einnahmen 226, 228,
– 229, 230, 237, 238, 238a, 239, 240
– Beitragssatz 247
– Beitragszahlung 255
– Freiwillige Versicherung 9
– Meldepflichten 201
– Versicherungspflicht 5
  – Befreiung 8
  – Mitgliedschaft 189
  – nach FRG 5
– Wahlrechte/Zuständigkeit 173–175

Richtgrößenvolumen
– Vereinbarung 84
– Wirtschaftlichkeitsprüfung 106

Richtlinien
– Gemeinsamer Bundesausschuss 92
– Wirksamwerden 94

Risikostrukturausgleich
– Abrechnung ärztlicher Leistungen 295
– allgemeines 266
– Datenerhebung 267
– Gemeindeschlüssel 268
– Gutachten/Folgegutachten 269
– Prüfung BVA 273
– Sanktionen Patientenakte 270
– Sicherung der Datengrundlagen 273
– Sonderregelungen Krankengeld und Auslandsversicherte 269
– Verwaltungsverfahren 4a
– Sozialdaten 284
– Übergangsregelung Knappschaft 318
– Weiterentwicklung 268
– Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 266

Rücklage
– allgemein 261
– Gesamtrücklage 262
– Verwaltungsvermögen 263

Ruhen
– Krankengeld 49
– Leistungen 16

S

Sachleistungen 2
– Kostenerstattung 13
– Wahltarife 53

Sachverständigenrat 142

Satzung
– Einsichtnahme 196
– Genehmigung 195
– Kassenärztliche Vereinigung 81
– Krankenkassen 194
– Landesverbände 210
– Leistungen 11
– primäre Prävention 20
– Spitzenverband Bund 217e
– Zweitmeinung 27b

Schadensersatz
– Behandlungsfehler Geburtshilfe 134a
– Leistungen ohne Rechtsgrundlage 12
– Mitteilung von Krankheitsursachen/Gesundheitsschäden 294a

Schätzerkreis 220

Schiedsstelle
– Abrechnung ärztlicher Leistungen 295
– Arzneimittelversorgung 129
– elektronische Gesundheitskarte 291a
– Erstattungsbeträge Arzneimittel 130b
– Häusliche Krankenpflege 132a
– Heilmittel 125
– Hilfsmittel 127
– Landesschiedsstelle
  – für Krankenhäuser 114
  – Vorsorge-/Rehaeinrichtungen 111, 111b, 111c
– Schutzimpfungen 132e
– Soziotherapie 132b
– Versorgung mit Hebammenhilfe 134a

Schiedswesen
– Aufsicht 89, 89a
– Bundesschiedsamt 89
– Landesschiedsamt 89
– Schiedsgremien 89a
– Zahntechniker 89

Schließung
– Betriebskrankenkassen 153
– Darlehen 271
– Ersatzkassen 170
– Innungskrankenkassen 163
– Leistungsansprüche 19
– Ortskrankenkassen 146a
– Vermeidung 172

Schutzimpfungen 20i
– Abschlag Impfstoffe 130a
– Grippeimpfstoff 132e
– Impfausweise 20i
– Schiedsperson 132e
– Verträge 132e

Schwangerschaft
– Abbruch 24b
– Leistungen 11, 24c–24i
– Modellvorhaben 63

Sehhilfen 33

Selbstbehalt 53

Selbsthilfe 20h
– Bedarfsplan 99
– Beteiligung 140f–140h

Selbstverschulden
– Leistungsbeschränkung 52
– Mitteilung 294a
– Sozialdaten 284

Selbstverwaltungsorgane
– Kassenärztliche Vereinigung 79, 79a
– Landesverbände 209
– Spitzenverband Bund 217b

Sicherstellung der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Versorgung 72
– besondere Versorgung 140a
– hausarztzentrierte 73b
– Inhalt und Umfang 75
– Terminservicestellen 75
– Übergang auf die Krankenkassen 72a
– vertragsärztliche Versorgung 73

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich 273

Solidarität 1

Sozialdaten siehe Daten

Sozialmedizinische Nachsorge 43, 132c

Sozialpädiatrische Zentren 119, 120
– nichtärztliche Leistungen 43a

Soziotherapie
– Leistungen 37a
– Schiedsstelle 132b
– Verträge 132b
– vertragsärztliche Versorgung 73
– Zuzahlung 37a, 61, 62

Spender Organe/Gewebe/Blut 27, 44a

Spitzenverband Bund der Krankenkassen
– Arbeitsgemeinschaften 219
– Aufgaben 217f
– Aufsicht, Haushalts-/Rechnungswesen, Vermögen, Statistik 217d
– Aufsichtsmittel 217g, 217h
– Berichtspflicht BMG 217j
– Besondere Regelungen 219
– Deutsche Verbindungsstelle KV-Ausland 219a–219c, 219d
– Einrichtungen 219
– Entsandte Person 217h
– Ermittlungspflicht 188
– Errichtung 217a
– Förderrichtlinien Krebsregister 65c
– Hebammenliste 134a
– Heilmittel 124 ff.
– Medizinischer Dienst 282
– Organe 217b, 217i
– Prüfung 274
– Revision 217b
– Satzung 217e, 217g
– Schiedswesen 89, 89a
– Veröffentlichung Entschädigung 217g
– Verwaltungsrat 217b
– Wahlen 217c
– Zusatzbeitrag 242

Standardtarif
– Beitragszuschüsse 257
– Personen ohne Versicherungsschutz 315
– Sicherstellung ärztl. Versorgung 75

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 115d

Sterilisation 24b

Strafvorschriften 307a, 307b

Strukturierte Behandlungsprogramme
– digitale Anwendungen 137f
– Gemeinsames Landesgremium 90a
– Programme 137f

– Qualitätsberichte 137f
– Übergangsregelung 321
– Wahltarife 53
– Zulassung 137g

Studenten
– Befreiung von der Versicherungspflicht 8
– beitragspflichtige Einnahmen 236
– Beitragssatz 245
– Beitragszahlung 254
– Meldepflicht 200
– Versicherungsfreiheit 6
– Versicherungspflicht 5

T

Teilhabe am Arbeitsleben
– Antrag 51
– Befreiung von der Versicherungspflicht 8
– beitragspflichtige Einnahmen 235
– Meldepflichten 200
– Mitgliedschaft 186, 190
– Tragung der Beiträge 251
– Versicherungspflicht 5

Teilkostenerstattung 14
– Wahltarif 53

Telematik
– elektronische Briefe 291f
– elektronische Gesundheitskarte 291a
– Gesellschaft für Telematik 291b
– Infrastruktur 291a
– Integration offener Schnittstellen 291d
– Interoperabilitätsverzeichnis 291e
– Konsiliarische Befundbeurteilung 291g
– Schlichtungsstelle 291c
– Videosprechstunde 291g

Terminservicestellen 75

Tragung der Beiträge
– bei geringfügiger Beschäftigung 249b
– bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug 249a
– bei versicherungspflichtiger Beschäftigung 249
– durch das Mitglied 250
– durch Dritte 251

Transparenz im Gesundheitswesen 137a

U

Übergangsvorschriften
– Abrechnung 320
– Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen 322
– Beitragszuschüsse für Beschäftigte 314
– enterale Ernährung 316
– Krankengeldwahltarif/-wahlerklärung 319
– knappschaftliche Krankenversicherung 318
– Psychotherapeuten 317
– Soldat(inn)en auf Zeit 324
– Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz 315
– strukturierte Behandlungsprogramme 321
– Verjährung Krankenhäuser 325

Überleitungsregelungen siehe Beitrittsgebiet

Unfallversicherung
– Vorrang der Leistungen 11, 16
– Zusammenarbeit 20b, 20c

Unständig Beschäftigte 232
– beitragspflichtige Einnahmen 232
– Meldepflicht 199
– Wahltarif Krankengeld 53

V

Verbände
– Arbeitsgemeinschaften 219
– Bundesverbände 212–214
– Entscheidungen auf Landesebene 211a
– Ersatzkassen 212
– Landesverbände 207–211a
– Prüfung 274
– regionale 218
– Spitzenverband Bund der Krankenkassen 217a–217f, 219a

Verbandmittel 31

Verbindungsstelle KV Ausland 219a ff.

Vereinigung
– Betriebskrankenkassen 150
– Ersatzkassen 168a
– Innungskrankenkassen 160
– kassenartenübergreifende 171a
– Kassenärztliche Vereinigungen 77
– Ortskrankenkassen 144–145
– Vermeidung Schließung/Insolvenz 172

Vergütung
– Ärzte 85 ff.
– ambulanter Krankenhausleistungen 120
– Beitragssatzstabilität 4, 71
– Bekanntmachung Beschlüsse Bewertungsausschuss 87
– Gesamtvergütung 85 ff.
– Hebammenleistungen 134a
– Krankentransportleistungen 133
– Palliativversorgung 132d
– Transparenz 87c

Verbraucherberatung 65b

Verhütung von Zahnerkrankungen 21, 22, 22a

Veröffentlichung Jahresrechnungsergebnisse 305b

Versichertenverzeichnis 288
– Familienversicherung 289

Versicherungsfreiheit 6
– beamtenähnliche Personen 6
– geringfügige Beschäftigung 7
– Jahresarbeitsentgeltgrenze 6
– Studenten 6

Versicherungsfremde Leistungen 221

Versicherungspflicht 5
– Befreiung auf Antrag 8
– Beginn der Mitgliedschaft 186
– beitragspflichtige Einnahmen 226–239
– Ende der Mitgliedschaft 190
– Meldepflichten 198–206
– Nichtversicherte 5
– Wahlrechte 173–175

Versorgung durch Vertragspartner 126, 127

Versorgungsbezüge
– beitragspflichtige Einnahmen 229, 230
– Beitragssatz 248
– Erstattung von Beiträgen 231
– Meldepflichten 202, 206
– Beitragszahlung 256

Versorgungsmanagement 11

Versorgungsplanung palliativ 132g

Versorgungsverantwortung 125a

Versorgungsverträge
– Krankenhäuser 109, 110
– Kurzzeitpflegeeinrichtungen 132h
– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 111–111c

Verträge
– Ausland 140e
– Beziehungen zu Hilfsmittel-Leistungserbringern 126, 127
– Haushaltshilfe 132
– häusliche Krankenpflege 132a
– Hebammenhilfe 134a
– Heilmittel 125
– Krankentransportleistungen 133
– Palliativversorgung 132d
– Schutzimpfungen 132e
– sozialmed. Nachsorgemaßnahmen 132c
– Soziotherapie 132b

Vertragsärztliche Versorgung
– Abrechnung 295, 295a, 320
– Abrechnungsprüfung 106a
– allgemeines 73
– ambulante Behandlung
  – durch Krankenhäuser bei Unterversorgung 116a
  – in Einrichtungen der Behindertenhilfe 119a
  – in stationären Pflegeeinrichtungen 119b
– ambulantes Operieren im Krankenhaus 115b
– Arzneimittelverordnung 73
– Arznei- und Heilmittelvereinbarung 84
– Auf-/Zufälligkeitsprüfungen 296–298
– Auskünfte an Versicherte 305
– Bedarfsplanung 99 ff.
– Behandlungsbedarf 87a
– Beitragssatzstabilität 4, 71
– Bekanntmachung Beschlüsse Bewertungsausschuss 87
– belegärztliche Leistungen 121
– Beratung der Vertragsärzte 305a
– Berufungsausschüsse 97
– besondere Versorgung 71, 140a, 295a
– Betriebsärzte 132f
– Bewertungsmaßstab 87
– Bezugsquellen 73
– Bundesmantelvertrag 87
– Delegation 28
– Diagnosebeeinflussung 71, 73, 73b, 83, 140a
– Dreiseitige Verträge 115
– einheitlicher Bewertungsmaßstab 87
– elektronische Gesundheitskarte 291a ff.
– Ermächtigung 116 ff.
– fachärztliche Versorgung 73
– Fachausschüsse 79b–79c
– Förderung der Qualität durch die KV 135b
– Förderung der Sicherstellung 105
– Förderung der Weiterbildung 75a
– Fortbildungspflicht 95d
– freie Arztwahl 76
– Gemeinsamer Bundesausschuss 91
– Gesamtvergütung 85
  – Behandlungsbedarf des Versicherten 87a
  – morbiditätsbedingte 87a
– Gesamtverträge 83
– Grundsätze 69, 82
– hausärztliche Versorgung 71, 73, 79c
– hausarztzentrierte Versorgung 73b
– Heilmittelvereinbarung 84
– Heilmittelverordnung 73
– Honorarverteilung 87b
– Institut des Bewertungsausschusses 87
– integrierte Versorgung 140a
– Integration offener Schnittstellen 291d
– konsiliarische Befundbeurteilung 291g

– künstliche Befruchtungen 121a
– Landesausschüsse 90
– Leistungskomplexe 87
– Medikationsplan 31a
– medizinische Behandlungszentren 119c
– medizinische Versorgungszentren 95
– Modellvorhaben 63–65
– neue Heilmittel 138
– nichtärztliches Personal 28
– Notdienst 75
– Orientierungswerte 87
– Palliativversorgung 73, 87, 92, 132d, 132g
– Patientenquittung 305
– Pflegeeinrichtugnen 119b
– Praxiskliniken 122
– Praxisschild 76
– Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit 70
– Qualitätsprüfung 135b
– Qualitätssicherung 135–135b, 136a, 137e, 299
– Rechtsverletzung 71
– Regionale Euro-Gebührenordnung 87a
– Richtlinien 92
– Schiedswesen 89, 89a
– Schutzimpfungen 132e
– Sicherstellung 72–76
– Sicherstellungszuschläge 105
– spezialfachärztliche Versorgung 116b
– Strukturfonds 105
– strukturierte Behandlungsprogramme 137f, g
– stufenweise Wiedereingliederung 74
– Substitutionsbehandlung 87a
– Teilnahme 95, 105, 116
– Telematik 291–291g
– telemedizinische Leistungen 87, 119b
– Terminservicestellen 75
– Therapiehinweise 92
– Transparenz 137a
– Übermittlung von Leistungsdaten 294–299, 303
– Übermittlung elektronischer Briefe 291f
– Übermittlungspflichten 295
– Überversorgung 101
– Unterversorgung 100
– unzulässige Zusammenarbeit mit Leistungserbingern 128
– Vergütung 87b
  – ambulanter Krankenhausleistungen 120
  – belegärztlicher Leistungen 121
  – Transparenz 87c
– Vertrauensstelle 303c
– Verzeichnis Ärzte/Zahnärzte 293
– Verzicht 95b
– Videosprechstunde 87, 119b, 291g
– Wahltarife 53
– Weiterbildung 75a
– Wirtschaftlichkeitsprüfung 106, 296
– Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Leistungen 106b
– Zahlungsanspruch bei Mehrkosten 87e
– Zahnersatz 55–57
– Zufälligkeitsprüfung 297
– Zulassung 95, 95a, 95b, 95c, 317
– Zulassungsausschüsse 96
– Zulassungsbeschränkungen 103, 104
– Zulassungsverordnungen 98
– Zweitmeinung 27b, 73

Verwaltungsrat
– Aufgaben 197
– Landesverbände 209
– Regressverfahren 12
– Spitzenverband Bund 217b

Verwaltungsvermögen 263

Vorruhestandsgeld
– Versicherungspflicht 5

Vorsorge
– Datenübermittlung 301
– Einrichtungen 107
– integrierte Versorgung 140a
– Landesschiedsstelle 111b
– Leistungen
  – Begleitperson 11
  – für Mütter/Väter 24
  – medizinische 23
  – pflegende Angehörige 23
– Qualitätssicherung 135a, 137d
– Versorgungsverträge 111
– Zuzahlungen 23, 24, 61, 62

Vorstand
– Landesverbände 209a
– Schadensersatz 12
– Spitzenverband Bund 217b

W

Wahlrechte 173–175
– Mindestbindungsfrist Wahltarife 53

Wahltarife 53
– Information 305
– Schließung/Insolvenz 19
– Übergangsregelung Krankengeldwahltarif 319

Wehrdienst
– Beitrag 244, 251
– Fortbestehen der Mitgliedschaft 193
– Meldepflichten 204

Weiterentwicklung der Versorgung
– Auswertung der Modellvorhaben 65
– Grundsätze 63

– Modellvorhaben
  – Arzneimittelversorgung 64a
  – Heilmittel 64d
  – Screening 4MRGN 64c
  – Versorgung psychisch Kranker 64b
– Vereinbarungen mit Leistungserbringern 64

Wettbewerbsrecht 69

Wiedereingliederung 74

Wirtschaftlichkeit 139a
– Krankenkassen 4
– Modellvorhaben 63–65
– Wirtschaftlichkeitsgebot 12, 70, 71

Wirtschaftlichkeitsprüfung
– Auffälligkeitsprüfungen 296
– Krankenhausbehandlung 113
– Übermittlung versichertenbezogener Daten 298
– verordnete Leistungen 106b
– vertragsärztliche Versorgung 106
– Zufälligkeitsprüfungen 297

Wundversorgung 31, 37

Z

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten 87e

Zahlungsweg 43c

Zahnärzteverzeichnis 293

Zahnärztliche Behandlung 15, 28
– Bewertungsmaßstab 87
– Richtlinien 92
– Zahlungsanspruch bei Mehrkosten 87e

Zahnerkrankungen
– Gruppenprophylaxe 21
– Individualprophylaxe 22
– Verhütung bei Pflegebedürftigen 22a

Zahnersatz
– Ausländer, Vertriebene 27
– Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern 57
– Festsetzung der Regelversorgungen 56
– Leistungsanspruch 55
– Qualitätssicherung, Gewähr 135, 135a, 136a
– unzumutbare Belastung 55

Zahnkliniken 76

Zahntechnische Leistungen
– Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen 88
– Schiedsamt 89

Zeugungsfähigkeit 27

Zivildienst
– Beitrag 244, 251
– Fortbestehen der Mitgliedschaft 193
– Meldepflichten 204

Zulassung
– Leistungserbringer von Heilmitteln 124
– vertragsärztliche Versorgung 95
  – Arztregister 95a, 95c
  – Ausschüsse 96
  – Berufungsausschüsse 97
  – Beschränkungen 103, 104
  – kollektiver Verzicht 95b
  – Verordnungen 98

Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln 35c

Zusammenarbeit
– bei Ordnungswidrigkeiten 306
– Medizinischer Dienst 276
– mit anderen 4
– mit Unfallversicherungsträgern 20b, 20c

Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigung von Krankenkassen 172a

Zusatzbeitrag 242
– Beitragszuschüsse 257
– Betriebsmittel, Rücklage 260, 261
– durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 242a
– Einkommensausgleich 270a
– Grundsatz 220
– Rücklage 261
– Tragung 249 ff.
– Übersicht 242
– Wahlrecht 175

Zusatzversicherungsverträge 194

Zusätzliche Leistungen 11

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 266, 270, 270a

Zuzahlungen 61
– Arznei-/Verbandmittel 31
– Befreiung/Belastungsgrenze 62
– Ermäßigung 53
– Fahrkosten 60
– Haushaltshilfe 38
– Häusliche Krankenpflege 37
– Heilmittel 32
– Hilfsmittel 33
– Krankenhausbehandlung 39
– Quittung 61
– Rehamaßnahmen 40, 41
– Richtlinien chronisch Kranke 92
– Soziotherapie 37a
– Vollstreckungsverfahren 43c
– Vorsorgeleistungen 23, 24
– Zahlungsweg 43c

Zweitmeinung 27b

*1. Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646); Begründungen aus Drucksachen 19/6337 und 19/8351.

*Anmerkung: siehe „Vorbemerkungen“ (Seite 3 ff.)

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 2 – Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anmerkung: Sowohl die Gesetzesänderungen als auch die Begründungen sind im SGB V-Handbuch eingearbeitet.

Artikel 3 – Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens für 182 Tage,“ gestrichen.
   b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
   „Auf Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf Krankengeld nach § 24b Absatz 2 Satz 2 und den §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht kein Anspruch.“
2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 1 wird aufgehoben.
   b) In Satz 2 wird das Komma und werden die Wörter „ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war“ gestrichen.
3. Absatz 4 wird aufgehoben.
4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
   „(5) Die Leistungen gewährt die nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung gewählte Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, das nach § 8 für den Spätaussiedler als Aufnahmeland festgelegt ist oder festgelegt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse.“
5. Absatz 6 wird aufgehoben.
6. Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
   „Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands der Krankenkassen untereinander für den Fall, dass eine Versicherung nicht bei der Krankenkasse zustande kommt, die die Leistungen nach § 11 erbracht hat, das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden; für die Erstattung der Krankenkassen untereinander gilt § 103 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“
7. Absatz 7a wird aufgehoben.
8. In Absatz 8 wird die Angabe „bis 7a“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.

Mit den Änderungen werden das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Spätaussiedler durch den Bund abgeschafft und ein Krankenkassenwahlrecht für berechtigte Spätaussiedler eingeführt sowie mehrere Rechtsbereinigungen durchgeführt.
Zu Nummer 1 (Absatz 2)
Spätaussiedler haben seit dem Jahr 2005 Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Gewährung von Lohnersatzleistungen nach dem Bundesvertriebenengesetz ist insoweit nicht mehr erforderlich. Der Anspruch auf die Leistungen Krankengeld und Mutterschaftsgeld wird daher gestrichen.
Zu Nummer 2 (Absatz 3)
Zu Buchstabe a (Satz 1 – aufgehoben*)*
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Streichung des Anspruchs auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld in Absatz 2.
Zu Buchstabe b (Satz 2)
Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Ausnahmeregelung. Die Eingliederungshilfe für Spätaussiedler wurde bereits im Jahr 1999 gestrichen. Eine Ausnahmereglung für Bezieher von Eingliederungshilfe ist daher nicht mehr erforderlich.
Zu Nummer 3 (Absatz 4 – aufgehoben*)*
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Streichung des Anspruchs auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld in Absatz 2.
Zu Nummer 4 (Absatz 5) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Spätaussiedler, die Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach § 11 haben, können künftig die Krankenkasse, die die Leistungen erbringt, frei wählen. Die Leistungen an die berechtigten Spätaussiedler werden nicht mehr wie bisher regelmäßig durch die für den Wohnort der Berechtigten zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse gewährt.

Zu Nummer 5 und 7 (Absatz 6 und Absatz 7a – aufgehoben*)*
Sowohl die Fallzahlen als auch die Höhe der zu erstattenden Aufwendungen nach § 11 Absatz 6 sind seit mehreren Jahren auf niedrigem Niveau. Ein wesentlicher Anstieg der zu erstattenden Aufwendungen ist nicht mehr zu erwarten. Aussiedler haben seit dem Jahr 2005 grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und sind damit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.
Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit nach § 11 können insoweit nur noch im Einzelfall in Betracht kommen, wenn medizinische Leistungen notwendig werden, bevor Sozialleistungen beantragt und ein Versicherungsverhältnis begründet worden ist. Die Aufrechterhaltung eines aufwändigen Erstattungsverfahrens auf vier Verwaltungsebenen (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesversicherungsamt, Landesministerien, Landesbehörden) ist insoweit nicht verhältnismäßig. Vielmehr ist es zweckmäßig, dass die Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit gemäß § 11 von der Krankenkasse getragen werden, die der Berechtigte nach seiner Aufenthaltsnahme auswählt.
Die Aufwendungen der Krankenkassen sind als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten. Die Einführung eines Krankenkassenwahlrechts für berechtigte Spätaussiedler in Absatz 5 bewirkt, dass die Aufwendungen nicht ausschließlich bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen anfallen.
Bei der Aufhebung des Absatzes 7a handelt es sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift. Hinsichtlich der Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine Vorschriften mehr, nach denen in den Ländern unterschiedliche Ansprüche gelten. Eine Regelung dahingehend, dass bei der Gewährung von Leistungen die Vorschriften des Aufnahmelandes gelten, ist daher nicht mehr erforderlich.
Zu Nummer 8 (Absatz 8)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zur Aufhebung des Absatzes 7a.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 4
Zu Absatz 5
Die Leistungen an nach § 11 berechtigte Spätaussiedler werden künftig von der Krankenkasse erbracht, die der Berechtigte für eine spätere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wählt. Wird eine Wahl der Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht getroffen, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
Zu Nummer 5
Zu Absatz 6
Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf zur Aufhebung des Absatzes 6.
Zu Nummer 6
Zu Absatz 7 Satz 2
Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge der Abschaffung des Ersatzes der den Krankenkassen entstandenen Aufwendungen aus Mitteln des Bundes durch Artikel 3 Nummer 5.
Es sind Sachverhalte denkbar, in denen eine andere Krankenkasse die Leistungen nach § 11 erbringt als die Krankenkasse, bei der eine Versicherung zustande kommt (doppelte Kassenwahl – es gilt die zuletzt ausgesprochene Wahlerklärung). Für diesen Fall ist es erforderlich, die Anwendung des § 102 ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Erstattung der Krankenkassen untereinander zu regeln. Für den Erstattungsfall gilt § 103 SGB X analog.
Zu Nummer 7
Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf zur Aufhebung des Absatzes 7a.

Artikel 4 – Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „sowie der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ und nach den Wörtern „Beanstandungen von Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ eingefügt.
2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 werden die Wörter „gemeinsame Schiedsämter nach § 89 Abs. 4“ durch die Wörter „Bundesschiedsämter nach § 89 Absatz 2“ ersetzt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, werden die Wörter „des Bundesschiedsamtes nach § 89 Abs. 7“ durch die Wörter „des weiteren Schiedsamtes auf Bundesebene nach § 89 Absatz 12“ ersetzt und wird vor dem Wort „sowie“ ein Komma und werden die Wörter „des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
   b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämtern“ die Wörter „und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.

Zu Nummer 1 (Absatz 2 Nummer 1)
Es handelt sich um eine Folgeregelung in Zusammenhang mit der Regelung der sektorenübergreifenden Schiedsgremien in § 89a SGB V. Die Zuständigkeit der Landessozialgerichte für die Überprüfung von Entscheidungen der neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene wird ergänzt.
Zu Nummer 2 (Absatz 4)
Zu Buchstabe a (Nummer 1)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in § 29 Absatz 4 Nummer 1 (Zuständigkeit des LSG Berlin-Brandenburg in Angelegenheiten des SGB V) infolge der Überarbeitung des § 89 SGB V und der dadurch bedingten Verschiebung der Regelung der Bundesschiedsämter in § 89 SGB V von Absatz 4 zu Absatz 2 sowie von Absatz 7 zu Absatz 12.
Es handelt sich um eine Folgeregelung in § 29 Absatz 4 Nummer 1 in Zusammenhang mit der Regelung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Die Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg für die Überprüfung von Entscheidungen des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene wird ergänzt.

Zu Buchstabe b (Nummer 2)
Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entscheidet im ersten Rechtszug auch über Klagen gegen Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene.

*Artikel 5 – Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

§ 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 10 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:
   „4. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen."

*Inkrafttreten: 1. Januar 2018 (vgl. Artikel 17 Absatz 2)

Werkstätten für Menschen mit Behinderungen nach § 219 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) sind Einrichtungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie haben denjenigen Menschen mit Behinderungen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, u. a. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich solcher anerkannten Werkstätten stehen nach § 221 Absatz 1 SGB IX, wenn sie nicht Arbeitnehmer sind, zu den Werkstätten in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis und erhalten statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag. Diese Rechtsverhältnisse sind nicht mit einem Arbeitsvertrag nach § 611 BGB vergleichbar. Eine Teilnahme der Werkstätten für behinderte Menschen an den Umlageverfahren nach dem AAG ist daher insoweit nicht erforderlich.
Durch die Regelung wird klargestellt, dass arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Absatz 1 SGB IX nicht an den Umlageverfahren nach dem AAG teilnehmen. Damit wird eine in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung zum Anwendungsbereich dieses Gesetzes nachvollzogen, die diese arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisse vom Anwendungsbereich ausnimmt.
Unabhängig von der Teilnahme am Umlageverfahren ist über bestehende gesetzliche Regelungen sichergestellt, dass Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten in arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnissen Entgeltfortzahlung und im Mutterschaftsfall Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz von den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erhalten.

Artikel 6 – Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Anmerkung: Wegen der Vielzahl der Änderungen ist die Fassung nach dem Stand bei Inkrafttreten des TSVG wiedergegeben:

In der Schiedsamtsverordnung werden redundante Regelungen im Zuge der Neufassung des § 89 SGB V sowie der Einfügung des § 89a SGB V gestrichen. Die Schiedsamtsverordnung gilt künftig auch für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene. Damit wird die im SGB V verfolgte einheitliche Regelungssystematik für die Konfliktlösung in der Schiedsamtsverordnung fortgeführt. Die Änderungen in der Schiedsamtsverordnung und die Erweiterung des Anwendungsbereichs für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang zu den Änderungen des § 89 SGB V, in den Regelungen der Schiedsamtsverordnung übertragen werden, sodass redundante Regelungen der Schiedsamtsverordnung zu streichen sind, sowie der Einfügung des § 89a SGB V.
Die Überschrift zum ersten Abschnitt wird gestrichen.

§ 1

(1) – (4) aufgehoben

Die Vorschriften dieser Verordnung gelten für die Landes- und Bundesschiedsämter **sowie für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene** gleichermaßen, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.

In § 1 werden die Absätze 1 bis 4 zur Besetzung der Schiedsämter gestrichen, da die Besetzung in § 89 Absatz 5 SGB V für die Schiedsämter und in § 89a Absatz 5 SGB V für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien abschließend geregelt wird und die Regelungen in der Schiedsamtsverordnung somit redundant sind. Der bisherige Absatz 4 wird § 2 (neu). Der bisherige Absatz 5 wird um die Geltung der Schiedsamtsverordnung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

§ 2

Wird ein Landesschiedsamt oder ein sektorenübergreifendes Landesschiedsgremium für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher oder Kassenzahnärztlicher Vereinigungen errichtet, so sollen sich die Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je bis zu sieben Vertreter und sieben Stellvertreter vor. In diesem Fall entscheidet das Los darüber, wer von den als Vertreter Vorgeschlagenen als Vertreter und, soweit die Anzahl der als Stellvertreter Vorgeschlagenen die erforderliche Anzahl überschreitet, wer als Stellvertreter bestellt ist.

Die bisher in § 2 getroffene Regelung ist redundant und wird deshalb aufgehoben (Regelung in § 89 Absatz 6 Satz 4, § 89a Absatz 6 Satz 3 SGB V). Die bisher in § 1 Absatz 4 getroffene Regelung zu den Landesschiedsämtern für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen wird um die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien ergänzt und in § 2 übertragen.

§ 3

Die Amtsdauer der während einer Amtsperiode neu hinzugetretenen Mitglieder endet mit dem Ablauf der Amtsperiode. § 26 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gilt.

Zu Satz 1 – aufgehoben

Für alle Mitglieder beträgt die Amtsdauer in allen Schiedsämtern und sektorenübergreifenden Schiedsgremien vier Jahre (§ 89 Absatz 5 Satz 5 und § 89a Absatz 5 Satz 3 SGB V). In § 3 bedarf es daher nur noch der Sonderregelung für die Amtsdauer der während einer Amtsperiode neu hinzugetretenen Mitglieder.

§ 4

(1) **Bei einer Abberufung der unparteiischen Mitglieder und ihrer Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde sind die Organisationen vorher zu hören, die das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben.**

(2) **Die Abberufung der Vertreter oder ihrer Stellvertreter durch die Organisationen, die sie bestellt haben, ist dem Vorsitzenden mitzuteilen.** Die Mitgliedschaft **der Vertreter oder ihrer Stellvertreter** bleibt so lange bestehen, bis ein Nachfolger bestellt ist.

Die Möglichkeit der Abberufung wird jetzt in § 89 und § 89a SGB V jeweils in Absatz 7 SGB V neu geregelt. § 4 regelt deshalb nur noch Näheres zum Verfahren für den Fall der Abberufung und redundante Sätze werden gestrichen.

§ 5

Legen die Vertreter ihr Amt nieder, hat die für die Bestellung zuständige Organisation den Vorsitzenden des jeweiligen Schiedsamtes oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu benachrichtigen. Legen die unparteiischen Mitglieder ihr Amt nieder, so haben sie dies der für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Die Erklärungen **über die Amtsniederlegung** haben schriftlich zu erfolgen. Diese Bestimmungen gelten auch für die Stellvertreter. **§ 4 Absatz 2 Satz 2 gilt.**

Die im Verhältnis zu § 89 Absatz 7 Satz 5 und § 89a Absatz 7 Satz 5 SGB V redundanten Regelungen zur Niederlegung des Amtes in § 5 werden gestrichen.

§ 6 **– aufgehoben**

§ 6 wird aufgrund der entsprechenden Regelung in § 89 Absatz 7 SGB V und § 89a Absatz 7 SGB V aufgehoben.

§ 7

Die von den **Organisationen** bestellten Mitglieder der Schiedsämter **und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien** oder ihre Stellvertreter haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und eine Entschädigung für Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden **Organisationen** geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellende **Organisation**.

§ 7 wird um die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

§ 8

Die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsämter **und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene** oder ihre Stellvertreter erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz. Der Anspruch richtet sich gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 8 wird demgemäß ergänzt, dass die Regelungen auch für das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gelten.

§ 9

Die unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsämter **und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien** oder ihre Stellvertreter erhalten Reisekosten dem Bundesreisekostengesetz. Der Anspruch richtet sich gegen die für die Geschäftsführung der Landesschiedsämter **oder der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien** zuständige Stelle.

§ 9 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien ergänzt.

§ 10

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsämter **und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien** oder ihre Stellvertreter erhalten für sonstige Barauslagen und für Zeitverlust einen Pauschbetrag, dessen Höhe die beteiligten **Organisationen** im Benehmen mit ihnen festsetzen. § 8 Satz 2 und § 9 Satz 2 gelten entsprechend. Die Festsetzung bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

§ 10 wird demgemäß ergänzt, dass die Regelungen auch für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien gelten.

§ 11

Die Geschäfte der Landesschiedsämter **und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien** werden bei den Landesverbänden der Ortskrankenkassen geführt, wenn und solange nicht die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes eine andere Stelle bestimmt hat. Die Geschäfte der Bundesschiedsämter **und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene** werden bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt. Für die Dauer eines **Schiedsverfahrens**, das nur eine Kassenart betrifft, werden die Geschäfte bei dem betroffenen Landesverband, den Ersatzkassen oder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See geführt; Satz 1 zweiter Halbsatz bleibt unberührt.

§ 11 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene ergänzt. Die Geschäftsstellen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien entsprechen denjenigen der Schiedsämter auf Landes- und Bundesebene.

§ 12

Die die Schiedsämter bildenden Körperschaften tragen die Kosten für die von ihnen oder der zuständigen Aufsichtsbehörde bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren (§§ 20 bis 22) verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte) und die beteiligten Verbände der Krankenkassen je zur Hälfte. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemißt sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche (Kassenzahnärztliche) Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilmäßig.

§ 12a

Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen die Kosten für die von ihnen oder der zuständigen Aufsichtsbehörde bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach § 20 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.

Nach § 12, der die Kostenverteilung für die Schiedsämter regelt, wird § 12a neu für Verteilung der Kosten der dreiseitigen sektorenübergreifenden Schiedsgremien eingefügt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu §§ 12 und 12a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur ersatzweisen Bestellung der Vertreter der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde und zum Anrufungs- und Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Schiedsämtern und den sektorenübergreifenden Schiedsgremien.

In den Neuregelungen zu den Schiedsämtern und den sektorenübergreifenden Schiedsgremien ist vorgesehen, dass die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter bestimmt, sofern eine Bestellung durch die beteiligten Organisationen nach Ablauf einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande gekommen ist. Die Schiedsamtsverordnung sieht in den neuen § 12 Absatz 1 und § 12a Satz 1 bislang jedoch nur eine Kostentragungsregel für den Fall vor, dass die Organisationen ihre Vertreter selbst bestellen. Vor diesem Hintergrund ist zu regeln, dass die Organisationen die Kosten der Vertreter auch dann selbst tragen, wenn diese von der Aufsichtsbehörde bestellt werden.

§ 13 **– aufgehoben**

§ 13 wird aufgehoben, da die dort bisher getroffenen Regelungen im SGB V geregelt werden (§ 89 und § 89a jeweils Absatz 3 und 4).

§ 14

Ist für die Einleitung des Schiedsverfahrens ein Antrag erforderlich, ist dieser schriftlich bei dem Vorsitzenden des zuständigen Schiedsamtes oder des zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu stellen. Die Vertragspartei, die den Antrag gestellt hat, hat in dem Antrag den Sachverhalt zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen darzulegen sowie die Teile des Vertrages aufzuführen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist.

§14 zur Einleitung des Schiedsverfahrens, sofern dafür ein Antrag erforderlich ist, wird im Hinblick auf die Geltung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien entsprechend ergänzt.

§ 15

Auf Verlangen haben die Vertragsparteien dem **zuständigen Schiedsamt oder dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium** die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

§ 15 wird um die Anwendbarkeit für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

§ 16

Das Schiedsamt **oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium** entscheidet auf Grund mündlicher Verhandlung, zu der die Vertragsparteien zu laden sind. Es kann auch in Abwesenheit Beteiligter verhandelt werden, falls in der Ladung darauf hingewiesen ist. **Die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde ist zu allen Sitzungen des jeweiligen Schiedsamts oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen. Das Bundesversicherungsamt ist ebenfalls zu den Sitzungen des jeweiligen Schiedsamts oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen, sofern in den Sitzungen Entscheidungen verhandelt werden, die dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind.**

§ 16 wird um die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt und es wird vor dem Hintergrund der Regelung in § 89 Absatz 10 Satz 4 und § 89a Absatz 10 Satz 4 SGB V, dass das Aufsichtsrecht auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen umfasst, klargestellt, dass die Aufsichtsbehörde zu den Sitzungen einzuladen ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Sofern dem Bundesversicherungsamt das Recht zur Sitzungsteilnahme in den Schiedsämtern oder in den sektorenübergreifenden Schiedsgremien zusteht, ist neben den für die Schiedsämter oder Schiedsgremien zuständigen Aufsichtsbehörden auch das Bundesversicherungsamt zu den Sitzungen der Schiedsämter oder Schiedsgremien einzuladen.

§ 16a **– aufgehoben**

§ 16a wird aufgehoben, da die Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien in § 89 Absatz 8 und § 89a Absatz 8 SGB V geregelt sind.

§ 17

Sachverständige und Zeugen, die auf Beschluss eines Schiedsamts oder eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, sind entsprechend dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz zu vergüten oder zu entschädigen.

Der Anwendungsbereich des § 17 wird um die Vergütung und Entschädigung von Sachverständigen und Zeugen, die auf Beschluss eines die sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, ergänzt.

§ 18

(1) – aufgehoben

Die Beratung und Beschlussfassung erfolgt in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien.

In § 18 wird Absatz 1 aufgehoben, da die Regelungen redundant sind im Verhältnis zu den Regelungen in § 89 Absatz 3 Satz 1, Absatz 7 Satz 7 SGB V und § 89a Absatz 7 Satz 7 SGB V.

§ 19

Die Entscheidung des Schiedsamts **oder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums** ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den beteiligten Vertragsparteien zuzustellen. Die Beteiligten sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Sozialgerichts zu belehren.

§ 19 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt und es wird die redundante Regelung in Satz 3 (geregelt in § 89 Absatz 10 Satz 6 SGB V) aufgehoben.

§ 20

Für die Festsetzung eines Vertrages durch ein Schiedsamt oder durch ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium wird eine Gebühr in Höhe von 200 bis 1 200 Euro erhoben; der Vorsitzende setzt die Gebühr nach der Bedeutung und Schwierigkeit des jeweiligen Falles fest. Wird das **Schiedsverfahren** in anderer Weise erledigt, so wird die Mindestgebühr erhoben.

§ 21

Die Gebühr wird fällig, sobald das Schiedsamt **oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium** den Vertragsinhalt festgesetzt oder das **Schiedsverfahren** sich auf andere Weise erledigt hat.

§ 22

Die Gebühr ist von jeder der beteiligten Vertragsparteien **in gleichen Anteilen** zu tragen. Sind auf Seiten einer Vertragspartei mehrere Körperschaften an dem Vertrag beteiligt, so haften sie gesamtschuldnerisch für den nach Satz 1 anfallenden Gebührenanteil.

Zu §§ 20 bis 22

Um der besonderen Komplexität der Verfahren insbesondere vor den sektorenübergreifenden Schiedsgremien Rechnung zu tragen, wird der mögliche Gebührenrahmen in § 20 auf 1 200 Euro erhöht und der Anwendungsbereich der §§ 21 und 22 wird auf die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ausgeweitet.

Zweiter Abschnitt **– aufgehoben**

Dritter Abschnitt **– aufgehoben**

Der zweite Abschnitt und der dritte Abschnitt sind gegenstandslos und werden deshalb aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Inhaltsübersicht wird folgende Angabe angefügt:
   „§ 121 Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen“
2. § 35a wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
      „Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen.“
   b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:
      aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
         „Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen.“
      bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
         „[4] Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. [5] Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

3. Folgender § 121 wird angefügt:

„§ 121

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen

§ 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 gilt nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat. Die zur Zukunftssicherung eines Vorstandsmitgliedes vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit diesem Vorstandsmitglied in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden."

Zu § 35a Absatz 6 Satz 2

Die Veröffentlichungspflicht stärkt die Transparenz hinsichtlich der Gesamtvergütungen der Vorstände der Krankenkassen. Die Veröffentlichung der notwendigen Daten zur Ermittlung der Gesamtvergütung war in der Vergangenheit uneinheitlich und unvollständig. Insbesondere die Veröffentlichungen der Versorgungsregelungen waren häufig nicht aussagekräftig. Nur eine konkrete betragsmäßige Ausweisung der einzelnen Vergütungsbestandteile ermöglicht es, eine Gesamtvergütung transparent darzustellen, zu berechnen und schließlich den Vergleich mit anderen Krankenkassen, der zur Beurteilung der Angemessenheit einer Vergütung erforderlich ist, zu ziehen. Die Kassen werden daher nun verpflichtet, zukünftig sämtliche Vergütungsbestandteile einschließlich aller Versorgungsregelungen betragsmäßig zu veröffentlichen.

Mit der Festlegung eines konkreten Zeitpunktes für die Veröffentlichung im Sinne einer Stichtagsregelung, am 1. März jeden Jahres, wird erreicht, dass die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen aller Krankenkassen gleichzeitig in einer Ausgabe des Bundesanzeigers und nicht über einen längeren Zeitraum erfolgt, so dass ein Vergleich erleichtert wird. Zu einer einheitlichen Form trägt darüber hinaus das von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder entwickelte „Darstellungsraster" bei.

Um der Entwicklung gerecht zu werden, dass nicht mehr alle Krankenkassen Mitgliederzeitschriften herausgeben, wird zudem geregelt, dass eine Veröffentlichung auch auf der Internetseiten der Krankenkassen zu erfolgen hat.

Mit den Änderungen wird insgesamt eine vollständige, transparente und übersichtliche Veröffentlichung der Vorstandsvergütung der Krankenkassen erreicht und damit auch eine ausreichende Grundlage zur Berechnung der Gesamtvergütungen geschaffen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen und das Anfügen von § 121 wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 35a)

Zu Buchstabe a (Absatz 6 Satz 2)

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b (Absatz 6a)

Die Änderungen des § 35a Absatz 6a erfolgen in Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20. März 2018 (Az. B 1 A 1/17 R). Nach den Ausführungen des BSG sind die Aufsichtsbehörden gehalten, die Ermessenskriterien für ihre Entscheidung über die Zustimmung zu Vorstandsdienstverträgen in allgemeinen Verwaltungsvorschriften festzulegen, um eine gleichmäßige Ermessensausübung zu gewähren, die Rechtskonkretisierung der Krankenkassen zu strukturieren und eine nachhaltige präventive Wirkung zu erzielen. Das Gericht hat zudem zur Auslegung des Gebots der relativen Vergütungsangemessenheit nach Satz 2 und 3 Stellung genommen: Dem Urteil zufolge sind in die Prüfung der Angemessenheit sämtliche Vergütungsbestandteile mit einzubeziehen. Das gesetzliche Kriterium des „Aufgabenbereichs" ist nach dem BSG nicht auf die Körperschaft zu beziehen, sondern meint den Aufgabenumfang des einzelnen Vorstandsmitglieds, während das Kriterium der „Größe" das Verhältnis zwischen tatsächlicher Zahl und gesetzlich zulässiger Höchstzahl der Vorstandsmitglieder bezeichnet.

Mit den Gesetzesänderungen wird das Auslegungsergebnis des BSG in Teilen übernommen, jedoch insoweit angepasst, als das Kriterium des Aufgabenbereichs künftig entfallen soll. Darüber hinaus werden Konkretisierungen hinsichtlich der Anrechnung von Nebentätigkeiten und Vereinbarungen zur Zukunftssicherung vorgenommen, die sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Vorstandsdienstverträgen als notwendig herausgestellt haben.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 2 und 3)

In Satz 2 wird im Einklang mit der BSG-Rechtsprechung klargestellt, dass bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung nicht nur auf die Grundvergütung, sondern auf die sog. Gesamtvergütung, die aus der Vergütung einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen besteht, abzustellen ist.

Für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung soll das Kriterium des Aufgabenbereichs gestrichen werden. Das BSG hat dieses Kriterium in seiner oben genannten Entscheidung auf die einzelnen Aufgaben des Vorstandsmitglieds bezogen. Der Aufgabenbereich sei zwingender Parameter der relativen Vergütungsangemessenheit, wobei es den Aufsichtsbehörden überlassen bleibe, für seine Berücksichtigung etwa eigenständige Untergruppen im Rahmen der Größenklassen der Krankenkassen zu bilden oder zum Beispiel ausgehend vom Regelfall für Abweichungen pauschalierende Zu- und Abschläge vorzusehen. Die Handhabung dieses Kriteriums erweist sich in der aufsichtsbehördlichen Praxis jedoch als äußerst problematisch. Im Regelfall dürften die Vorstandsaufgaben zwischen den Mitgliedern gleichmäßig aufgeteilt werden, so dass eine höhere Vergütung allenfalls für die mit der Übernahme des Vorstandsvorsitzes einhergehende höhere Verantwortung gerechtfertigt erscheinen kann. Hingegen lassen sich in Verwaltungsvorschriften kaum geeignete abstrakte Maßstäbe benennen, um Ressortzuschnitte verschiedener Vorstandsmitglieder quantitativ zueinander ins Verhältnis zu setzen oder einzelnen Ressortzuständigkeiten einen bestimmten monetären Wert zuzuschreiben. Die vom BSG verlangte Vorabfestlegung gesetzeskonkretisierender Richtlinien ist im Hinblick auf den Aufgabenbereich der Vorstandsmitglieder nicht sachgerecht zu bewerkstelligen. Künftig soll dieser daher kein zwingender Parameter der relativen Vergütungsangemessenheit mehr sein. Dies schließt es allerdings nicht aus, im Einzelfall besonders auffällige Unterschiede hinsichtlich der Aufgabenbereiche für die Angemessenheit der Vergütung zu berücksichtigen.

Das entscheidende Angemessenheitskriterium soll auch in Zukunft die Bedeutung der Körperschaft sein. Insoweit stellt die Neuregelung klar, dass sich diese Bedeutung nach der Zahl der Versicherten der betreffenden Krankenkasse bemisst. Das BSG hat in seiner oben genannten Entscheidung bereits die bisherige Regelung, welche von „Mitgliedern" spricht, zutreffend in diesem Sinne ausgelegt. Als weiteres wichtiges Kriterium ist nach Satz 3 daneben die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Ist der Vorstand mit weniger Mitgliedern besetzt als nach § 35a Absatz 4 Satz 1 maximal zulässig, kann die Vergütung des einzelnen Vorstandsmitglieds höher ausfallen als in dem Fall, dass diese Höchstgrenze erreicht wird. Neben diesen gesetzlich festgelegten Kriterien können im Rahmen der Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde im Einzelfall weitere besondere Aspekte bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 4 und 5)

Die Angemessenheit der Vergütung kann nicht isoliert von dem zulässigen Umfang einer Nebentätigkeit, die mit dem Amt zusammenhängt, betrachtet werden. In Satz 4 wird daher klargestellt, dass Zuwendungen, die dem Vorstandsmitglied in Zusammenhang mit der Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, bei der Gestaltung der Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind:

Der Vorstandsdienstvertrag muss eine Regelung vorsehen, wonach solche Einnahmen entweder bei der Auszahlung der Vergütung angerechnet werden oder diese an die Körperschaft abzuführen sind. Die konkrete vertragliche Ausgestaltung der Anrechnungspflicht obliegt der Körperschaft.

Vereinbarungen zur Zukunftssicherung sollen nach Satz 5 zukünftig nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen möglich sein. Eine solche Vereinbarung liegt vor, wenn dem Vorstandsmitglied Leistungen zur Absicherung mindestens eines biometrischen Risikos (zum Beispiel Alter, Tod, Krankheit, Invalidität) zugesagt werden. Die Ansprüche werden mit Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen führten in der Vergangenheit zu intransparenten Vergünstigungen bei der Vorstandsvergütung. Vereinbarungen zugunsten einer Altersvorsorge beziehungsweise sonstiger Zukunftssicherungsleistungen stellen einen monetären Vorteil für das Vorstandsmitglied dar und sind daher ein Bestandteil der Vorstandsvergütung. Bei Direktzusagen ist dieser monetäre Aufwand bezogen auf die Dauer der Amtszeit jedoch nur prospektiv erfassbar anhand eines versicherungsmathematischen Gutachtens. Die tatsächlichen Kosten für die Körperschaft sind dagegen im Voraus nicht quantifizierbar. Zur Vermeidung nicht vorhersehbarer finanzieller Risiken und zur Erhöhung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Vorstandsvergütungen sollen daher zukünftig nur noch Zusagen getroffen werden können, die sich über einen Beitrag während der Amtszeit finanzieren.

Zu Nummer 2 (§ 121)

Die Übergangsregelung in § 121 stellt klar, dass § 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 erst bei einer Zustimmungsentscheidung nach Inkrafttreten der Regelung Anwendung findet. Darüber hinaus darf eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in einem bestehenden Vertrag bereits vereinbarte nicht beitragsorientierte Versorgungszusage für ein Vorstandsmitglied abweichend von Satz 5 auch bei Abschluss eines neuen Vertrages insbesondere im Fall einer Wiederwahl zu den gleichen Bedingungen fortgeführt werden. Hiermit wird dem Grundsatz des Vertrauensschutzes Rechnung getragen. Zudem wäre die Wirtschaftlichkeit einer Umstellung der Versorgungszusage auf eine beitragsorientierte Form je nach bestehender Laufzeit der Versorgungsverträge und nach Alter der Vorstandsmitglieder auch für die Körperschaften nicht immer gegeben.

Artikel 8

Änderung der Schiedsstellenverordnung

In § 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 1e des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist, wird das Komma und werden die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neufassung von § 89 SGB V. Bisher betrug die Amtsdauer ein Jahr, wenn eine Einigung durch die Vertragsparteien nicht erfolgt und das Los darüber entschied, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Durch die Neufassung erfolgt die Bestellung nunmehr durch die zuständige Aufsichtsbehörde, wenn Einigung durch die Vertragsparteien nicht erfolgt. In diesem Fall beträgt die Amtsdauer vier Jahre.

Artikel 9

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 34 Absatz 6 Satz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ und die Angabe „§ 89 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 11“ ersetzt.

Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 34 Absatz 6 (Schiedsamt für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung) aufgrund der Änderung der Regelungen zum Schiedsamt nach § 89 SGB V.

Artikel 10

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 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Nach der Angabe zu § 112 wird folgende Angabe zu § 112a eingefügt:
      „§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten“.
   b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:
      „§ 125 (weggefallen)“.
2. In § 18 Absatz 6a Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
3. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Geschäftsjahre“ das Wort „ab“ eingefügt und wird nach der Angabe „2013“ die Angabe „bis 2018“ gestrichen.
4. § 25 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.
   bb) In Nummer 4 werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.

5. Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt:
„(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.“

6. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:
   1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
   2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
   3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
   4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
   5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
   6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

   Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 [richtig: Nummer 5] dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“

7. § 71 wird wie folgt geändert:
   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
   „(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.“
   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
      „Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.“
      bb) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Satz 1 oder 2“ durch die Wörter „den Sätzen 1, 2 oder 3“ ersetzt.
      cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
      „Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Juni 2021 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.“

8. § 72 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
   „Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.“
   b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3“ durch die Wörter „Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3“ ersetzt.

9. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:

„§ 112a

Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.
(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Kran-

kenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4) Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen."

10. In § 114a Absatz 3a Satz 8 werden nach dem Wort „schriftlich" die Wörter „oder elektronisch" eingefügt.
11. In § 118 Absatz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „18b," die Angabe „112a Absatz 2, §" eingefügt.
12. Dem § 120 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4."
13. § 125 wird aufgehoben.

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)
Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der Überschrift des neuen § 112a in die Inhaltsübersicht und Streichung des § 125.
Zu Nummer 2 (§ 18)
Die Regelung ermöglicht mit Blick auf den zunehmenden Einsatz von digitalisierten Verfahren im Bereich Pflege und deren Nutzung bei der Pflegebegutachtung, dass die gegenüber dem Gutachter erforderliche Zustimmung des Versicherten zu konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel-Versorgung, die als Antrag auf Leistungsgewährung gelten, auch elektronisch dokumentiert werden kann.
Zu Nummer 3 (§ 18a)
Die seit dem Geschäftsjahr 2013 bestehende detaillierte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation ist bisher bis zum Geschäftsjahr 2018 befristet. Durch den Bericht können unter anderem Aussagen über die Anzahl der Empfehlungen und die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von Pflegebedürftigen und von Personen, denen Pflegebedürftigkeit droht, getroffen werden. Der Bericht enthält auch wichtige Angaben zur Einwilligung der Versicherten zur Weiterleitung einer positiven Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger. Um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege" nachhaltig zu fördern, ist es zielführend, die Entwicklung des Zugangswegs über die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung weiter und auf Dauer im Blick zu behalten. Daher wird die bisherige Befristung bis zum Geschäftsjahr 2018 gestrichen und eine fortwährende jährliche Berichtspflicht eingeführt.
Zu Nummer 4 (§ 25)
Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 1 Nummer 5)
Diese Änderung zur Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der Änderung des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V zur Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf die dortige Begründung wird Bezug genommen.
Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 1)
Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 3)
Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung gestrichen.
Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 4)
Die Änderung des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V zur Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechend nachvollzogen. Auf die dortige Begründung wird Bezug genommen.
Zu Nummer 5 (§ 37 Absatz 9)
Beratungsbesuche nach der Vorschrift des § 37 dienen der Qualitätssicherung. Dies gilt insbesondere bei Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen. Die Beurteilung der Pflegesituation erfordert daher nicht nur vertiefte Kenntnisse über betreuerische und hauswirtschaftliche Belange, sondern vor allem auch Kenntnisse, die zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten aus dem Bereich der körperbezogenen Pflege befähigen. Vor dem Hintergrund, dass sich das Leistungsspektrum der Betreuungsdienste auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung beschränkt und mithin nicht sichergestellt ist, dass jeder Betreuungsdienst Kräfte mit ausreichenden Kenntnissen im Bereich der körperbezogenen Pflege vorhält, schließt die Vorschrift derartige Dienste von der Beratung nach § 37 aus. Einzelne Mitarbeiter, die die entsprechenden Befähigungen vorweisen, können jedoch unter den Voraussetzungen von Absatz 3 Satz 1 in die Beratung eingebunden werden.
Zu Nummer 6 (§ 47a Absatz 3) – Anmerkung: siehe Einfügen von Nummer 4 und Änderung in Nummer 6 durch den 14. Ausschuss
Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 wird präzisiert, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem

Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197a Absatz 3b SGB V.
Die Sätze 1 und 2 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten an diejenigen Stellen bei den Pflegekassen, ihren Verbänden sowie bei den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe im Land, die jeweils für die Entscheidung über die Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung und für die Leistungsgewährung sowie für die Abrechnung entsprechender Leistungen zuständig sind. Für eine sachgerechte Aufgabenwahrnehmung werden die Befugten ermächtigt, die personenbezogenen Daten aus Erkenntnissen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten in den Grenzen ihrer jeweiligen Zuständigkeit zu verarbeiten. Weiterhin wird die Zulässigkeit der Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie den für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen klargestellt (Nummer 5), die Qualitätsprüfungen nach § 114a durchführen. Schließlich ermöglicht die Regelung eine Übermittlung personenbezogener Daten an die berufsständischen Kammern (Nummer 6), soweit diese nach dem jeweiligen Landesrecht die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten ahnden.
Satz 3 betrifft die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die weiteren Stellen nach Satz 1 Nummer 4 [richtig: Nummer 5] in Erfüllung ihrer Aufgaben an die Fehlverhaltensstellen. Mitarbeiter dieser Stellen, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben nach dem SGB XI Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von Absatz 1 in Verbindung mit § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, dürfen diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen weitergeben. Dies sind insbesondere Abrechnungsverstöße und Verstöße gegen Vorgaben zur Sicherung der Pflegequalität von ambulanten und stationären Pflegediensten. Übermittelt werden können auch „Zufallsfunde", also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.
In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.
Die Sätze 2 und 4 beschränken die Befugnis der Empfänger zur Verarbeitung der nach den Sätzen 1 und 3 übermittelten Daten jeweils auf den Zweck, zu dem diese Daten übermittelt worden sind.
Zu Nummer 7 (§ 71)
Zu Buchstabe a (Absatz 1a)
Der Abschlussbericht zu dem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste belegt, dass Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege darstellen. Die Änderung dient deshalb der dauerhaften Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung. Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten, die sich auf Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen konzentrieren möchten, wird der Ausweitung des Leistungsspektrums (§ 4 Absatz 1, § 36 Absatz 1), die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Pflegestärkungsgesetzen erfolgt ist, dauerhaft Rechnung getragen. Wie die ambulanten Pflegedienste haben auch die neuen Leistungserbringer Sachleistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erbringen, wenn Pflegebedürftige dies wünschen. Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, mit hierfür qualifizierten Leistungserbringern Verträge zu schließen, die qualitätsgesicherte pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten. Es ist keine Beschränkung auf ehrenamtliche Anbieter vorgesehen. Die Nutzerinnen und Nutzer von Betreuungsdiensten haben – wie alle Bezieherinnen und Bezieher von Sachleistungen der Pflegeversicherung – einen Anspruch auf eine Beratung nach § 37 Absatz 3. Sie können auch eine Pflegeberatung nach § 7a nutzen, um so z.B. gemeinsam mit einem Pflegeberater bzw. einer Pflegeberaterin ihren Hilfebedarf systematisch zu erfassen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und so die jeweils erforderlichen Hilfemaßnahmen möglichst passgenau zu erhalten.
Ziel des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens war die umfassende Bewertung der Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die ambulante pflegerische Versorgung insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die ambulanten Betreuungsdienste einen wichtigen und wertvollen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich leisten. Sie bieten gerade im Hinblick auf die Qualifikationserfordernisse der verantwortlichen Fachkraft, aber auch für das übrige eingesetzte Personal ein hohes Potential zur Erweiterung der Fachkräftebasis im ambulanten Bereich. Im Modellvorhaben haben sich Kooperationen der teilnehmenden Betreuungsdienste mit zugelassenen ambulanten Pflegediensten als erfolgreich erwiesen; diese sind daher weiterhin möglich und sinnvoll. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt die Aufnahme der Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung.
Für die Betreuungsdienste gelten die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend, soweit keine davon abweichenden Regelungen getroffen worden sind. Das betrifft zum einen die Übergangsregelung nach § 112a. Zudem dürfen Betreuungsdienste keine Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 durchführen.
Die Betreuungsdienste ermöglichen eine größere Flexibilisierung für Pflegebedürftige bei den Auswahlmöglichkeiten von Betreuungsleistungen. Zudem können damit Kapazitäten zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung für Pflegebedürftige insbesondere in unterversorgten Regionen entsprechend dem Bedarf geschaffen oder erweitert werden. Betreuungsdienste können damit dazu beitragen, einen Teil der wachsenden Nachfrage nach Hilfe bei der häuslichen Betreuung Pflegebedürftiger zu decken und so auch die ambulanten Pflegedienste entlasten.
Zu Buchstabe b (Absatz 3)
Dem besonderen Anliegen dieser Betreuungsdienste folgend können an Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, als verantwortliche Fachkräfte eingesetzt werden. Dies können zum Beispiel auch Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein. Dem Leistungsspektrum der Dienste entsprechend kommen somit unterschiedliche Ausgangsqualifikationen für die verantwortliche Fachkraft in Betracht. Die Eignung der verantwortlichen Fachkraft ist im Zulassungsverfahren zu prüfen und in die Entscheidung einzubeziehen. Dieser Ansatz ermöglicht, die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und damit auch breitere personelle Basis zu stellen.
Die für verantwortliche Pflegefachkräfte geltende Anforderung im Hinblick auf die Rahmenfrist der praktischen Berufserfahrung sowie hinsichtlich der Weiterbildung von mindestens 460 Stunden gilt auch für diese verantwortlichen Fachkräfte. Bereits erfolgte Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft im Rahmen des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste gelten fort. Zudem ist für Betreuungsdienste eine Übergangsfrist von zwei Jahren vorgesehen, in der die verantwortliche Fachkraft die nach Satz 5 erforderliche Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen z.B. berufsbegleitend absolvieren kann.

Zu Nummer 8 (§ 72 Absatz 2) – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss und Änderung in Absatz 4 Satz 2
Beim Abschluss von Versorgungsverträgen sind bereits vorliegende Vereinbarungen der teilnehmenden Betreuungsdienste am vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung einzubeziehen und als Grundlage bei der Ausgestaltung des Zulassungsverfahrens für Betreuungsdienste zu beachten. Damit ist der Übergang in die dauerhafte Leistungserbringung von den Pflegekassen möglichst praktikabel und effizient zu gestalten.
Zu Nummer 9 (§ 112a)
Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1). Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Arbeiten für den ambulanten Bereich liegt dem Qualitätsausschuss vor. Noch durchzuführen ist die gesetzlich vorgesehene wissenschaftlich begleitete praktische Erprobung (Pilotierung) der neu entwickelten Instrumente. Die regelungstechnische Umsetzung des neuen Qualitätssystems durch die Selbstverwaltung umfasst auch die Betreuungsdienste.
Die Einführung des neuen Systems ist für das Jahr 2020 geplant. Um in der Übergangszeit ab Inkrafttreten dieses Gesetzes die Qualität für die neu in die Regelversorgung aufgenommenen Betreuungsdienste zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, innerhalb von höchstens drei Monaten nach Inkrafttreten Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für Betreuungsdienste zu beschließen. Diese Regelung stellt die zügige Schaffung der notwendigen Qualitätsgrundlagen für die Betreuungsdienste sicher und ermöglicht zugleich die Einarbeitung entsprechender Regelungen in die in Vorbereitung befindlichen neuen Instrumente.
Maßstab für den Inhalt und den Umfang des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei den Modellvorhaben zu Grunde gelegten Vorgaben und Anforderungen.
Die derzeit nach § 115a weiter geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind zugleich anzupassen. Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten soll erst mit Einführung des neuen Qualitätssystems stattfinden, da Instrumente zur Messung und Darstellung der Ergebnisqualität von Betreuung im ambulanten Bereich noch in der Entwicklung stehen. Die Regelungen des Elften Kapitels zur Qualitätsdarstellung finden deshalb im Übergangszeitraum keine Anwendung.
Zu Nummer 10 (§ 114a Absatz 3a Satz 8)
Die Regelung ermöglicht mit Blick auf den zunehmenden Einsatz von digitalisierten Verfahren in der Pflege und deren Nutzung bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen, dass im Falle einer mündlichen Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten zur Inaugenscheinnahme eines Pflegebedürftigen im Rahmen einer Qualitätsprüfung diese auch elektronisch dokumentiert werden kann. Die Inaugenscheinnahme von in die Prüfung einbezogenen Personen sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen bzw. bei Einwilligungsunfähigkeit der Einwilligung der hierzu berechtigten Person.
Zu Nummer 11 (§ 118 Absatz 1 Nummer 1)
Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einfügung des § 112a (Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten).
Zu Nummer 12 (§ 120 Absatz 3)
Für die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung einschließlich der pflegerischen Betreuung ist es für Pflegebedürftige von Bedeutung, dass sie aus dem bestehenden Leistungsangebot vor Ort das jeweils für ihre individuelle Hilfesituation passende Arrangement nach ihren individuellen Bedürfnissen wählen können. Im Einzelfall hängt die genaue Eignung und Abstimmung der verschiedenen Anbietertypen für die Pflegebedürftigen von der jeweiligen Bedarfskonstellation insgesamt ab, die den zentralen Dreh- und Angelpunkt insbesondere im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a darstellt.
Um die Transparenz in der ambulanten Versorgung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu stärken, ist bei Vereinbarung eines Pflegevertrages für häusliche Pflege die Inanspruchnahme von Sachleistungen mehrerer Leistungserbringer sowie ggf. von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 4 ausdrücklich zu berücksichtigen. So sind Pflegebedürftige beim Abschluss sowie bei Änderungen des Pflegevertrages von dem ambulanten Leistungserbringer zu fragen, ob und in welchem Umfang sie weitere Leistungserbringer bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich nutzen bzw. nutzen wollen. Dabei ist gegebenenfalls auf die damit verbundenen Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrages hinzuweisen. Insbesondere durch die bereitgestellten Informationen zur Ausschöpfung des Sachleistungsbetrages wird transparent, in welcher Höhe der Sachleistungsbetrag monatlich jeweils ggf. noch zur Verfügung steht. Zugleich können Pflegebedürftige hierdurch Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4 erhalten. Dadurch kann der Ablauf für den Pflegebedürftigen vorausschauender gestaltet und der Gefahr einer Überschreitung des zur Verfügung stehenden maximalen Pflegesachleistungsbetrages bei Nutzung verschiedener Leistungserbringer bzw. des Umwandlungsanspruches gemäß § 45a Absatz 4 entgegengewirkt werden.
Zu Nummer 13 (§ 125 – aufgehoben*)*
Mit der Zulassung von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung werden die Vorschriften zum Modellvorhaben nicht mehr benötigt und deshalb aufgehoben.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 6 (§ 47a)
Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 4
Gemäß § 9 sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder sollen die durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung bei der Sozialhilfe eingesparten Finanzmittel zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einsetzen. Gewährt ein Land eine Förderung im Sinne des § 9, ist die rechtmäßige Verwendung der Fördermittel sicherzustellen. Je nach Ausgestaltung des Landesrechts bedarf es für die wirkungsvolle Bekämpfung von Leistungsmissbrauch eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 genannten Stellen und den Stellen, die für die Förderung zuständig sind. Die Einbeziehung derjenigen Stellen, die für eine Förderung nach § 9 zuständig sind, in den Kreis der zum Empfang personenbezogener Daten berechtigten Stellen ist daher sachgerecht.
Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 6
Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen sowie gegebenenfalls bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Bei den von den Fehlverhaltensstellen registrierten Fällen geht es typischerweise um Tatsachen, die für den Rücknahme- beziehungsweise Widerrufstatbestand der Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Pflegeberufs gemäß § 2 des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege beziehungsweise (mit Wirkung zum 1. Januar 2020) gemäß § 3 des Gesetzes über die

Pflegeberufe von Belang sind. Gleiches gilt für die Ruhensvorschrift bei Einleitung eines Strafverfahrens wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung ergeben würde. Die zuständigen Behörden der Länder sind zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen sowie gegebenenfalls bei deren Landesverbänden angewiesen.

Zu Nummer 8 (§ 72)

Zusätzlich zur bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Änderung in Buchstabe a (Absatz 2) wird in Buchstabe b (Absatz 4 Satz 2) die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, auf Anforderung des Pflegebedürftigen einen Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 durchzuführen, begrifflich korrekt auf Beratungseinsätze angepasst, welche nach der Änderung in Artikel 10 Nummer 5 (§ 37 Absatz 9) nicht durch Betreuungsdienste durchgeführt werden dürfen.

Artikel 11

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 2019 (BGBl. I S. 537) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.
2. In § 78 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie die Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b“ eingefügt.

Zu Nummer 1 (§ 13 Absatz 2b Satz 1)

Vollzugsbehörden der Länder haben in der jüngeren Vergangenheit die Auffassung vertreten, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht als Heilberuf im Sinne des § 13 Absatz 2b angesehen werden können und deshalb für die Herstellung von Arzneimitteln zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten einer Herstellungserlaubnis bedürfen. Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass auch Zahnärztinnen und Zahnärzte keiner behördlichen Erlaubnis für die Herstellung von Arzneimitteln bedürfen, soweit die Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten hergestellt werden.

Zu Nummer 2 (§ 78 Absatz 2 Satz 1)

Zu den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher gehört die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln. Diese erfolgt unmittelbar durch die Apotheken. Dafür haben die pharmazeutischen Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicher zu stellen, damit der Bedarf der Patientinnen und Patienten gedeckt ist. Diese Bereitstellung erfordert eine ausreichende Vergütung wie sie die Arzneimittelpreisverordnung vorsieht.

Artikel 12

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a wird vor dem Komma am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern es sich nicht um die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte handelt“ eingefügt.
2. § 2 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
   „Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte sind auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ein Festzuschlag von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“
3. In § 3 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen durch die Apotheken an Ärzte sind abweichend ein Zuschlag von 1 Euro je Einzeldosis, höchstens jedoch 75 Euro je Verordnungszeile, sowie die Umsatzsteuer zu erheben“ eingefügt.

Zu Nummer 2 (§ 2 Absatz 1 Satz 1)

Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Änderung des § 78 Absatz 2 AMG durch dieses Gesetz. Es handelt sich um eine Klarstellung des mit der Umstellung der Vergütung des Großhandels mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) verfolgten Ziels, dass der Festzuschlag zur Sicherstellung einer angemessenen und flächendeckenden Belieferung der Apotheken dient. Der prozentuale Zuschlag bleibt hingegen rabattfähig und erlaubt dem Großhandel einen gewissen Spielraum bei der Preisgestaltung gegenüber den Apotheken.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 5. Oktober 2017 (I ZR 172/16) festgestellt, dass die Vorschrift des § 2 Absatz 1 Satz 1 für den pharmazeutischen Großhandel bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln an Apotheken lediglich eine Preisobergrenze festlegt. Zwar verfolge der Gesetzgeber das Ziel, dem Großhandel eine für seine Funktionsfähigkeit erforderliche Mindestvergütung zu sichern. Der Wortlaut biete jedoch keinen hinreichenden Anhaltspunkt dafür, dass ein Fest- oder Mindestpreis zu erheben sei.

Nach § 52b AMG haben Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicherzustellen, damit der Bedarf von Patientinnen und Patienten im Geltungsbereich des AMG gedeckt ist. Vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken gewährleisten. Dies gilt entsprechend für andere Arzneimittelgroßhandlungen im Umfang der von ihnen jeweils vorgehaltenen Arzneimittel (§ 52b Absatz 3 AMG). Da dieser Auftrag unabhängig vom Preis eines Arzneimittels zu erfüllen ist, sollte der Großhandel im Gegenzug eine Vergütung erhalten, die ausreichend ist, eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken zu gewährleisten.

Durch die Änderung wird jetzt eindeutig klargestellt, dass der Großhandel den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers zwingend aufschlagen muss. Nur so kann das mit dem Festzuschlag bezweckte Ziel erreicht wer-

den. Rabatte und die im Handel allgemein üblichen Skonti können nur auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und Rabatte nur im Rahmen des prozentualen Zuschlags gewährt werden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 1 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a)

Es wird geregelt, dass die Preise und Preisspannen nach der Arzneimittelpreisverordnung zur Anwendung kommen, wenn es sich um die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte handelt. Für saisonale Grippeimpfstoffe haben die pharmazeutischen Unternehmer nach § 78 Absatz 3 Satz1 des Arzneimittelgesetzes einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen, auf den die Zuschläge der Arzneimittelpreisverordnung zu erheben sind. Von den zwingenden Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung abweichende Vereinbarungen sind nicht zulässig.

Zu Nummer 2 (§ 2 Absatz 1 Satz 1)

Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung in Artikel 12.

Zu Nummer 3 (§ 3 Absatz 1 Satz 1)

Bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte durch die Apotheken sind ein Festzuschlag von 1 Euro je Einzeldosis, höchstens jedoch 75 Euro je Verordnungszeile, sowie die Umsatzsteuer zu erheben. Eine Apothekenvergütung in dieser Höhe und die Festlegung einer Obergrenze ist angemessen, da es sich nicht um die Abgabe an Versicherte, sondern an Ärztinnen und Ärzte handelt, bei der Beratungsleistungen durch die Apotheke nicht erforderlich sind. Auch der logistische Aufwand der Apotheken wird ausreichend berücksichtigt.

Artikel 12a

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 5 werden die Wörter „und genutzt“ gestrichen.
   b) Folgender Satz wird angefügt:
   „[6] Abweichend von Satz 5 hat der Deutsche Apothekerverband e. V. dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung zum Zwecke der Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken geeignete Auswertungen dieser ihm zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel übermittelten Daten in einer Form zur Verfügung zu stellen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Apotheken zulässt.“
2. § 20a wird durch die folgenden §§ 20a und 20b ersetzt:

„§ 20a

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf Antrag oder mit Zustimmung des Beliehenen die Beleihung des Deutschen Apothekerverbandes e. V. um weitere Aufgaben, die über den nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds abzuwickeln sind, zu erweitern. Diese Aufgaben müssen sich aus gesetzlichen Vorschriften oder aus vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Kostenträger auf Bundesebene ergeben und die Honorierung und die Erstattung von Kosten der Apotheken betreffen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben durch den Beliehenen umfasst den Erlass und die Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte, deren Rücknahme und Widerruf. Der Beliehene hat die notwendige Gewähr für die ordnungsgemäße Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben zu bieten.

(2) Der Beleihungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 regelt das Nähere zu den Aufgaben und ihrer Wahrnehmung. Er kann insbesondere Abläufe festlegen, Fristen bestimmen und den Beliehenen zur Sicherstellung der Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 ermächtigen und verpflichten. Die Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2 haben dem Beliehenen auf Anforderung die zur Begründung ihres Vergütungs- oder Erstattungsanspruchs oder die zur Abwicklung entsprechender Zahlungen notwendigen Nachweise vorzulegen, Angaben zu machen und Auskünfte zu erteilen, soweit dies für die ordnungsgemäße Wahrnehmung der dem Beliehenen nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben erforderlich ist. Solange notwendige Nachweise nicht vorliegen oder Auskünfte nicht erteilt werden, können vorgesehene Zahlungen aus dem Fonds ganz oder teilweise zurückbehalten werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

(3) Auf die Wahrnehmung der nach Absatz 1 übertragenen Aufgaben findet § 18 Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 und 3 Anwendung, § 18 Absatz 2 Satz 5 mit der Maßgabe, dass aufgenommene Darlehen bis spätestens sechs Monate nach Bestandskraft des Beleihungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 zurückzuzahlen sind. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat eine getrennte Rechnungslegung des nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds und eine getrennte Zuordnung der Verwaltungskosten für die verschiedenen Aufgaben sicherzustellen. Widerspruch und Klage gegen die Festsetzungsbescheide des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die bei dem nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen Daten zu den Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2, zu den Apothekenbetriebsstätten, zur Anzahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel zur Anwendung beim Menschen und zur Abwicklung von Zahlungen dürfen durch den Deutschen Apothekerverband e. V. auch in Abweichung von § 19 Absatz 3 Satz 5 zur Erfüllung der ihm nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben verwendet werden, soweit dies für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist.

§ 20b

Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat den Schaden zu ersetzen, der der Bundesrepublik Deutschland durch eine rechtswidrige und vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung seiner Pflichten bei der Ausübung der Aufgaben und Befugnisse nach den §§ 18 bis 20a entsteht."

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 19 Absatz 3)

Zu Buchstabe a (Satz 5)

Durch die Änderung wird das geltende Recht beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmung des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) angepasst.

Nach Artikel 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) a. F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem BDSG a. F.. Das Begriffspaar „verarbeiten und nutzen" sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem Regelungskontext und dem eindeutigen Wortlaut des § 19 Absatz 3 Satz 5 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von an den Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) bereits übermittelten Daten handelt. Diese Daten werden dem DAV von Rechenzentren, die die Apotheken für die Abrechnung mit den Krankenkassen in Anspruch nehmen, nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder durch die Apotheken selbst nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelt. Nur auf diese Daten bezieht sich im Sinne der sogenannten Doppeltür-Theorie die im weiten Begriff der Verarbeitung im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 enthaltene Erhebungsbefugnis. Weitergehende Erhebungsbefugnisse werden für den DAV durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung nicht geschaffen.

Zu Buchstabe b (Satz 6)

Die dem DAV von den Rechenzentren nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder von den Apotheken nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelten Daten zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel können eine wichtige Grundlage für etwaige gesetzgeberische Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch öffentliche Apotheken sein. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher der Zugriff auf diese Daten ermöglicht.

Zu Nummer 2 (§§ 20a, 20b)

Durch den neu gefassten § 20a kann das BMG dem DAV weitere Aufgaben durch Verwaltungsakt übertragen. Diese Aufgaben können sich aus Gesetz oder aus Vereinbarungen des DAV, zum Beispiel mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, ergeben und müssen einen Bezug zum Apothekenhonorar aufweisen. So kann beispielsweise eine Abwicklung der Refinanzierung der Kosten für die Herstellung und den Betrieb der Telematikinfrastruktur durch den DAV erfolgen.

Durch die Regelung in Absatz 3 Satz 4 wird sichergestellt, dass der DAV die bereits beim Notdienstfonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen genannten Daten auch für die Wahrnehmung der ihm übertragenen weiteren Aufgaben verwenden darf. Hauptsächlich geht es um die aktuellen sogenannten Stammdaten der Apotheken (zum Beispiel Apothekenleiter und Betriebsstätten sowie die Kontakt- und Bankdaten). Erforderlichenfalls darf auch die Anzahl der abgegebenen Packungen verwendet werden. Diese ist beispielsweise für die Mehrausstattung mit stationären Kartenterminals im Rahmen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur maßgeblich. Die Verwendung der Daten muss für die neu übertragenen Aufgaben erforderlich sein.

§ 20b regelt die Haftung des DAV gegenüber der Bundesrepublik Deutschland für die bereits bestehenden und die neu hinzukommenden Aufgaben.

Artikel 13

Änderung des Transfusionsgesetzes

Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12a wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen" die Wörter „und zahnmedizinischen" eingefügt.
   b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
   „(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend."
2. § 18 wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen" die Wörter „und zahnmedizinischen" eingefügt.
   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Stand" die Wörter „der Erkenntnisse" eingefügt.
   bb) In Satz 2 wird das Wort „Anhörung" durch das Wort „Erarbeitung" ersetzt.
   c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
   „(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend."
3. In § 28 werden die Wörter „von der Bundeszahnärztekammer festgestellten und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Standes der medizinischen" durch die Wörter „nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 und nach § 18 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der zahnmedizinischen" ersetzt.
4. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Bis zur Bekanntmachung des nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 von der Bundeszahnärztekammer festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde

durch die zuständige Bundesoberbehörde, längstens aber bis zum 1. Juni 2022, ist § 28 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung weiter anzuwenden."

Zu Nummer 1 (§ 12a)
Zu Buchstabe a (Überschrift)
Mit der Änderung wird die Überschrift angepasst an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlinienkompetenzvorschrift auf den Bereich der Zahnmedizin.
Zu Buchstabe b (Absatz 3)
Im neu eingefügten § 12a Absatz 3 wird der BZÄK die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Die für die Richtlinien der BÄK geltenden Vorschriften nach den Absätzen 1 und 2 gelten entsprechend für die Richtlinien der BZÄK. Insbesondere ist bei der Erarbeitung die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vermutungsregelung nach Absatz 2 gilt entsprechend.
Zu Nummer 2 (§ 18)
Zu Buchstabe a (Überschrift)
Mit der Änderung wird die Überschrift angepasst an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlinienkompetenzvorschrift auf den Bereich der Zahnmedizin.
Zu Buchstabe b (Absatz 1)
Absatz 1 Satz 1 und 2 werden redaktionell an die Richtlinienkompetenzvorschriften der BÄK nach § 12a Absatz 1 und nach den §§ 16 Absatz 2, 16b Absatz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) angepasst.
Zu Buchstabe c (Absatz 3)
Im neu angefügten § 18 Absatz 3 wird die BZÄK verpflichtet, in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik für den Bereich der Zahnheilkunde nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 4 festzulegen, insbesondere im Hinblick auf die Anwendung und die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten. Bei der Erarbeitung der Richtlinie ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vermutungsregelung nach Absatz 2 gilt entsprechend.
Zu Nummer 3 (§ 28) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Die Ausnahmevorschrift des § 28 wird insoweit geändert, dass zukünftig die BZÄK den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde durch Richtlinien nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 und § 18 Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 feststellt. Damit soll flankierend zur Änderung des § 13 Absatz 2b AMG durch dieses Gesetz gewährleistet werden, dass die von Zahnärzten erlaubnisfrei hergestellten und angewendeten Blutzubereitungen dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde entsprechen.
Zu Nummer 4 (§ 35)
Nach § 35 ist für die Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 und § 18 Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 eine Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten der TFG-Änderung vorgesehen. Mit der Fristenregelung wird dem bei der BZÄK und dem PEI zu absolvierenden Richtlinienverfahren Rechnung getragen. Bis dahin ist § 28 in der bisherigen Fassung weiter anzuwenden. Nach Fristablauf liegen die Voraussetzungen des § 28 nicht vor, so dass die Vorschriften des TFG Anwendung finden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt

Zu Nummer 3 (§ 28)
Es erfolgt eine redaktionelle Klarstellung entsprechend der Regelungen in § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3, dass es sich bei den von der Bundeszahnärztekammer veröffentlichten Stand der Erkenntnisse der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik handelt, und nicht der medizinischen Wissenschaft und Technik. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Artikel 14

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung" angefügt.
2. Absatz 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 werden die Wörter „nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung" durch die Wörter „durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes" ersetzt.
   b) In Satz 5 werden die Wörter „den Präsidenten des Bundessozialgerichts" durch die Wörter „das Bundesministerium für Gesundheit" ersetzt.
   c) Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
   „Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort."

Zu Nummer 1 (Überschrift)
In der Überschrift wird auf die Verordnungsermächtigung nach § 18a Absatz 6 hingewiesen.
Zu Nummer 2 (Absatz 6)
Zu Buchstabe a (Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die bisherige Formulierung, wonach die Bundesschiedsstelle in Angelegenheiten zu entscheiden hat, die ihr durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung zu entscheiden hat, war zu erweitern. Auch das Krankenhausentgeltgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und die Bundespflegesatzverordnung sehen verschiedene Konfliktlösungsaufgaben für die Bundesschiedsstelle vor.

Zu Buchstabe b (Satz 5)

Die Änderung betrifft die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsstelle durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen werden, soweit eine Bestellung durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht zustande kommt. Diese Regelung zur Lösung von Personalkonflikten wird ersetzt durch die Vorgabe, dass die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsstelle im Konfliktfall durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen werden. Durch die Änderung wird die Regelung an bestehende Regelungsvorbilder, etwa zum Schlichtungsausschuss Bund (§ 17c Absatz 3 Satz 8 KHG) und zu den Landesschiedsstellen (§ 18a Absatz 2 Satz 4 KHG), angeglichen.

Zu Buchstabe c (Satz 9)

Gemäß § 18 Absatz 6 Satz 9 KHG bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten durch Rechtsverordnung, soweit hierzu eine Einigung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. August 1997 nicht zustande kommt. Die vorliegende Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass eine entsprechende Vereinbarung inzwischen vorliegt.

Artikel 14a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 8a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „oder von Hebammen und Entbindungspflegern“ eingefügt.
2. § 21 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 werden die Wörter „den Absätzen 4 und 5“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
   b) Satz 2 wird aufgehoben.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 4)

Hebammen und Entbindungspfleger leisten in Krankenhäusern, in denen in Deutschland 98 Prozent der Kinder zur Welt kommen, auch am Wochenende und in der Nacht unersetzliche Arbeit. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Um die Attraktivität des Berufes der Hebammen und der Entbindungspfleger zu stärken und Anreize zur Aufnahme einer Vollzeittätigkeit zu schaffen, werden finanzielle Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger durch die Krankenkassen eingeführt. Hierbei sollen nicht nur zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten geschaffen werden, sondern auch die „besonderen Betreuungsbedarfe“ rund um die Uhr jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kindertagesstätten abgedeckt werden.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde die Datenstelle, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragen wird, ab dem 1. Januar 2019 dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 1 beauftragt. Diese Weiterentwicklung ist im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Zuvor war die entsprechende Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffen, wobei auch eine Entscheidung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen war, sofern die Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kam. Einer Entscheidung durch die Schiedsstelle bedarf es durch die neue Aufgabenzuweisung nicht mehr. Es handelt sich insoweit um Rechtsbereinigungen beziehungsweise um Korrekturen fehlerhafter Verweise.

Artikel 14b

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „nach Absatz 2“ gestrichen.
   b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
   „(2) Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet.“
2. Dem § 20 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
   „Die zuständigen Behörden können mit den Maßnahmen nach Satz 1 Dritte beauftragen. Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet. Wenn Dritte nach Satz 2 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten verpflichtet, soweit diese angemessen sind.“
3. § 69 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
   aa) Das Wort „Dritte“ wird durch die Wörter „ein anderer Kostenträger“ ersetzt.
   bb) In Nummer 6 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ gestrichen.
   cc) Nummer 11 wird wie folgt gefasst:
   „11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 Satz 1 und 3, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2.“
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
   „[2] Soweit die betroffene Person oder ein anderer Kostenträger zur Kostentragung verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, können die entsprechenden Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. [3] Die betroffene Person oder der andere Kostenträger ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet.“

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 19)
Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 3)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Nummer 3 Buchstabe b.
Zu Buchstabe b (Absatz 2)
Die Regelung dient der Klarstellung, dass immer dann, wenn die betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte (privat Krankenversicherte), dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet ist, auch wenn der öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgaben wahrnimmt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Eine Kostentragung der betroffenen Person selbst soll künftig nicht mehr eintreten (wie bei Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 IfSG).
Zu Nummer 2 (§ 20 Absatz 5)
Mit dem neuen Satz 2 soll klargestellt werden, dass mit den Maßnahmen nach Satz 1 auch Dritte beauftragt werden können und das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes hier nicht selbst tätig werden muss.
Der neue Satz 3 dient der Klarstellung, dass immer dann, wenn die betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte (privat Krankenversicherte), dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet ist, auch wenn der öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgaben wahrnimmt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.
Soweit Dritte nach Satz 2 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten (Beauftragungskosten) verpflichtet, soweit diese angemessen sind (Satz 4).
Zu Nummer 3 (§ 69 Absatz 1)
Zu Buchstabe a (Satz 1)
Zu Doppelbuchstabe aa
Die Änderung soll einer vereinheitlichten Terminologie dienen. Jeder Dritte ist auch ein anderer Kostenträger.
Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 6)
Folgeänderung aus den Änderungen in Nummer 1.
Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 11)
Bereits mit der durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vorgenommenen Änderungen des § 69 Absatz 1 Nummer 8 bzw. Nummer 11 hat der Gesetzgeber bewusst die staatliche Kostentragung auf zu erduldende staatliche Untersuchungen beschränkt (BT-Drucks. 18/10938, S. 75) und nicht auf privat einzuholende ärztliche Zeugnisse erstreckt. Mit diesem Änderungsantrag werden die Regelungen genau bezeichnet, nach denen bestimmte Personen verspflichtet sind, ärztliche Untersuchungen zu dulden.
Zu Buchstabe b (Satz 2 und 3)
Die Regelung legt fest, dass immer dann, wenn die von einer Maßnahme nach Satz 1 betroffene Person selbst oder ein anderer Kostenträger zur Tragung der Kosten für die Maßnahme verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, die entsprechenden Kosten auch vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden können. In diesem Fall ist der eigentliche Kostenträger (die betroffene Person oder ein dritter Kostenträger) jedoch zur Erstattung verpflichtet.

Artikel 15

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 18 Absatz 1 Satz 3 Buchstabe c werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt.
2. § 19 Absatz 3 wird aufgehoben.
3. § 19a wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
   „Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindesten 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. August 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des

Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden."

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Hälfte" die Wörter „oder drei Viertel" eingefügt und wird nach der Angabe „Absatz 1" die Angabe „Satz 1" eingefügt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft nach Maßgabe des § 95 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Mindestsprechstunden. Stellt sie fest, dass der Vertragsarzt diese in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß Absatz 2 zu beschränken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt dabei auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und eines Zulassungsentzugs gemäß § 95 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Vergütung des Vertragsarztes zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Vertragsarzt

1. keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen kann oder
2. der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 2 nicht innerhalb einer von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzenden Frist nachkommt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt über die Höhe der Kürzung zu unterrichten. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß eines Vertragsarztes gegen die in Absatz 1 Satz 2 oder Satz 4 genannte Pflicht hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen."

3a. § 24 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird."

b) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

c) In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8" durch die Angabe „Satz 9" und die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

4. In § 26 Absatz 1 werden die Wörter „oder hälftige Ruhen" durch die Wörter „Ruhen der Zulassung oder das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels" ersetzt.

5. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „oder hälftige Entziehung" durch die Wörter „Entziehung der Zulassung oder die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels" ersetzt.

Zu Nummer 1 (§ 18)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf eine hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken.

Zu Nummer 2 (§ 19)

Die Änderung resultiert aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 (Az. 1 BvR 1326/15), das § 19 Absatz 3 für nichtig erklärt, weil § 19 Absatz 3 nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 1 SGB V gedeckt ist und damit keine verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Grundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt.

Die Aufhebung ist mit der Änderung des § 95 SGB V in Artikel 1 (Ergänzung des § 95 Absatz 7 SGB V) dieses Gesetzes verschränkt und aufgrund der Nichtigkeitserklärung des Bundesverfassungsgerichts redaktionell.

Zu Nummer 3 (§ 19a)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Die vertragsärztliche Zulassung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben. Welcher zeitliche (Mindest-)Umfang mit vollzeitiger Ausübung gemeint ist, wird jedoch bislang weder im SGB V noch in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) näher festgelegt, sondern mit Blick auf Mindestsprechstundenzeiten lediglich im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) konkretisiert. So bestimmt § 17 Absatz 1 Satz BMV-Ä, dass Vertragsärztinnen und -ärzte gehalten sind, an ihrem Vertragsarztsitz sowie ggf. weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen. Dabei gilt, dass sie bei einem vollen Versorgungsauftrag an ihrem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen müssen (§ 17 Absatz 1a Satz 1). Die Mindestsprechstundenzeiten sind eine Präsenzpflicht, zu der die Vertragsärztin bzw. der -arzt am Vertragsarztsitz zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen muss.

Mit dem Ziel, den Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, wird nunmehr die in § 19 Absatz 1 geregelte Verpflichtung, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben, näher konkretisiert und hierdurch die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Die Festsetzung der Mindestsprechstundenzeiten hält sich im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage nach § 98 Absatz 1 und 2 Nummer 10 SGB V, nach der die Ärzte-ZV unter anderem Vorschriften zur näheren Bestimmung des zeitlichen Umfangs des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages zu enthalten hat.

Ärztinnen und Ärzten üben somit künftig ihre vertragsärztliche Tätigkeit dann vollzeitig aus, wenn sie an ihrem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen (neuer Satz 2). Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Heim aufsuchen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet (Satz 5).

Darüber hinaus wird vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen und insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), von den 25 Sprechstunden mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten müssen (Satz 3). Solche offenen Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzun-

gen mit einem extrabudgetären Vergütungsanreiz flankiert und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung.

Welche Arztgruppen konkret offene Sprechstunden anzubieten haben, ist dabei im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln (vgl. den neuen Satz 6). Für Psychotherapeuten ergibt sich insoweit bereits aus der in § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V getroffenen Sonderregelung zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, dass die Verpflichtung, offene Sprechstunden anzubieten, für sie nicht gilt.

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag nach § 19a Absatz 2 auf die Hälfte oder drei Viertel (zu dieser neuen Möglichkeit siehe Begründung zu Buchstabe b) reduziert haben, sieht der neue Satz 4 vor, dass die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig gelten.

Die Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärztinnen und -ärzten und zu der Verpflichtung, offene Sprechstundenzeiten anzubieten, gelten - im Verhältnis zu der jeweils arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit - für angestellte Ärztinnen und Ärzte entsprechend; für angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt dies bezüglich der Mindestsprechstundenzeiten (vgl. § 1 Absatz 3 Nummer 1 bis 3).

Die Einzelheiten zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben sowie zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5, sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln. Die Bundesmantelvertragspartner werden insoweit verpflichtet, innerhalb von drei Monaten die entsprechenden Regelungen zu treffen (Satz 6 erster Halbsatz). Kommt eine Anpassung des Bundesmantelvertrags-Ärzte nicht innerhalb dieser Frist zustande, gilt nach dem neuen § 89 Absatz 3 Satz 2 SGB V, dass das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde über die Bundesmantelvertragspartner das Bundesschiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen kann. Das Bundesschiedsamt wäre dann verpflichtet, die Vertragsanpassung innerhalb von drei Monaten festzusetzen.

Mit der Regelung in Satz 6 zweiter Halbsatz erhalten die Bundesmantelvertragspartner schließlich die Möglichkeit, ergänzend auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen. Weitergehende Regelungen zu den Sprechstunden, wie sie sich auch bereits im BMV-Ä finden, bleiben selbstverständlich auch weiterhin möglich.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Bisher sieht § 19a Ärzte-ZV lediglich vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entweder ihre vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig ausüben (Absatz 1) oder dass sie ihren Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken (Absatz 2). Um Ärztinnen und Ärzten, die eine volle Zulassung mit 25 Mindestsprechstundenzeiten nicht mehr ausüben können oder wollen (z.B. aus gesundheitlichen Gründen oder weil sie im Alter kürzer treten wollen), wird ihnen mit der vorliegenden Änderung in Absatz 2 Satz 1 auch eine Beschränkung auf drei Viertel des Versorgungsauftrags ermöglicht. Die korrespondierende Regelung in § 95 Absatz 3 Satz 2 SGB V wurde ebenfalls entsprechend geändert. Die Konkretisierung des Verweises ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe a.

Zu Buchstabe c (Absatz 4)

Der neue Absatz 4 korrespondiert mit der in § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelten Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zu überprüfen, und konkretisiert die Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen im Hinblick auf die Einhaltung der in Absatz 1 geregelten Mindestsprechstundenzeiten.

Zu Nummer 4 (§ 26)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

Zu Nummer 5 (§ 27)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 3a (§ 24)

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für die Genehmigung einer Zweigpraxis ist nach § 24 Absatz 3 Nummer 1, dass die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert wird. In der praktischen Umsetzung dieser Regelung bestehen Unsicherheiten, ob auch in Fällen, in denen eine Zweigpraxis nicht neu errichtet wird, sondern eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Zulassung in ein medizinisches Versorgungszentrum oder in eine Vertragsarztpraxis einbringt (§ 103 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 4b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) und die vormalige Praxis am gleichen Standort als Zweigpraxis weiterführt, eine Verbesserung der Versorgung vorliegen kann. Dies wird teilweise mit der Begründung verneint, dass bisher schon eine Praxis vorhanden gewesen sei, weshalb in der bloßen Fortführung der Praxis keine Verbesserung liegen würde. Mit der Änderung wird daher klargestellt, dass eine Versorgungsverbesserung auch darin bestehen kann, dass eine bereits vorhandene Praxis als Zweigpraxis weitergeführt wird. So ist es für die Versorgung der Patientinnen und Patienten beispielsweise besser, wenn eine Praxis am gleichen Standort als Zweigpraxis fortgeführt wird, als dass der Praxisstandort ggf. ganz aufgegeben wird. Die Änderung korrespondiert mit den im neuen § 103 Absatz 4a Satz 3 und Absatz 4b Satz 3 SGB V enthaltenen klarstellenden Regelungen, nach denen eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt, die bzw. der sich bei einem medizinischen Versorgungszentrum oder bei einer anderen Vertragsärztin oder einem anderen Vertragsarzt anstellen lässt, an dem bisherigen Sitz weiter tätig sein kann, auch wenn der Sitz des Anstellenden in einem anderen Planungsbereich liegt.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zu dem unter Buchstabe a eingefügten neuen Satz 4.

Artikel 15a

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

§ 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragszahnarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird."

2. In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.
3. In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8" durch die Angabe „Satz 9" und die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Die Änderungen entsprechen den für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehenen Änderungen in § 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Auch für den zahnärztlichen Bereich wird somit klargestellt, dass eine Versorgungsverbesserung auch darin bestehen kann, wenn eine bereits vorhandene Praxis als Zweigpraxis weitergeführt wird.

Artikel 15b

Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung

Nach § 10 Satz 2 der Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für die Stellvertreter der Vorsitzenden der Landesausschüsse."

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Die Änderung ermöglicht die Festsetzung einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die stellvertretenden Vorsitzenden der Landesausschüsse und der erweiterten Landesausschüsse. Bislang ist die pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen lediglich für die Vorsitzenden der Landesausschüsse und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse vorgesehen (§ 10 Satz 1). Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats. Sie trägt der wachsenden versorgungspolitischen Bedeutung der Landesausschüsse Rechnung und ermöglicht eine angemessene Arbeitsteilung zwischen den Vorsitzenden und ihren Stellvertretern. Dadurch wird sichergestellt, dass die Stellvertreter der Vorsitzenden die ihnen übertragenen Aufgaben, etwa Beratung der Vorsitzenden und Sitzungsleitung, qualifiziert ausüben können. Mit der Änderung erfolgt eine Angleichung an die für den Gemeinsamen Bundesausschuss geltende Regelung, wonach die Stellvertreter des oder der Vorsitzenden ebenfalls eine pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen erhalten (vgl. § 10 Satz 2). Die Änderung ist unmittelbar durch Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst, da der Gesetzentwurf das Aufgabenspektrum der Landesausschüsse mit der Verpflichtung der Landesausschüsse zur Festlegung allgemeingültiger Kriterien für die Bestimmung ländlicher oder strukturschwacher Teilgebiete, die von geltenden Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind (hierzu vgl. Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b [a] des Gesetzentwurfs – § 103 Absatz 2 Satz 4 bis 7), nochmals erweitert.

Artikel 16

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 4c des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 4 werden die Wörter „§ 46 Satz 1 und 2" durch die Wörter „§ 46 Satz 1 bis 3" ersetzt.
2. In § 45 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Versorgungseinrichtung" ein Komma und werden die Wörter „Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" eingefügt.
3. In § 50 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 bis 4" durch die Wörter „Absatz 2 und 3" ersetzt.

Zu Nummer 1 (§ 13 Absatz 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 46 SGB V. Mit der Einfügung des neuen Satzes, der auch für Krankengeldbezieher nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte Anwendung finden soll, wird sichergestellt, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wegen derselben Krankheit das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Feststellungslücke weiter erhalten können.

Zu Nummer 2 (§ 45 Absatz 1 Satz 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 237 SGB V. Mit der Änderung wird eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung von versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V verhindert, indem die verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen in gleicher Weise beitragsfrei sind.

Zu Nummer 3 (§ 50 Absatz 2 Satz 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 256 Absatz 4 SGB V. Die Ausnahmeregelung, wonach sich kleinere Zahlstellen von der Beitragsabführungspflicht befreien lassen können, entfällt auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Artikel 17

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a (§ 65c Absatz 5 Satz 4) und Nummer 43 Buchstabe c (§ 87 Absatz 2 Satz 3 bis 7) tritt mit Wirkung vom 13. Dezember 2018 in Kraft.

(3a) Artikel 1 Nummer 90 (§ 256 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4) tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.
(4) Artikel 1 Nummer 15 (§ 35a) tritt am 1. August 2019 in Kraft.
(4a) Artikel 1 Nummer 8a (§ 20h) tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.
(4b) Artikel 1 Nummer 79 (§ 137h) tritt am 26. Mai 2020 in Kraft.
(4c) Artikel 2 Nummer 2 (§ 55) tritt am 1. Oktober 2020 in Kraft.
(5) Artikel 2 Nummer 1, 2a und 3 (§§ 49 Absatz 1 Nummer 5, 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9, 295) tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung.

Zu Absatz 2

Zur Sicherstellung, dass die gesetzliche Klarstellung in § 11 AAG (Nichtteilnahme arbeitnehmerähnlicher Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch an den Umlageverfahren nach dem AAG) unmittelbar an die in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung anschließt, ist das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. Januar 2018 erforderlich.

Zu Absatz 3

§ 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V legt fest, dass die klinischen Krebsregister die Möglichkeit der Nachbesserung zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien innerhalb von zwei Jahren haben (beginnend am 1. Januar 2018). Damit wird die ursprünglich bis 31. Dezember 2018 vorgesehene Verlängerungsoption nunmehr auf zwei Jahre (nicht wie bisher um ein Jahr) ausgedehnt. Um keine Regelungslücke entstehen zu lassen und den Betroffenen frühzeitig Rechtssicherheit zu geben, wird ein Inkrafttreten auf den Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag festgelegt.

Das Inkrafttreten der Fristregelungen im § 87 Absatz 2 Satz 3 SGBV wird auf den Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag festgelegt, da es sich hierbei im Wesentlichen um Aufträge vom 1. Januar 2012 an den Bewertungsausschuss handelt, die nunmehr zeitnah umgesetzt werden sollen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss teilweise bereits mit Datum vom 22. Oktober 2012 einen Grundsatzbeschluss zur Umsetzung gefasst.

Der Bewertungsausschuss soll frühzeitig mit der Konzepterstellung und der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen auf Grundlage aktualisierter betriebswirtschaftlicher Basis beginnen können.

Zu Absatz 4

Die Verpflichtung der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 SGB V sowie eine Zusammenfassung der Tragenden Gründe auf Englisch zu veröffentlichen soll drei Monate nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Dies dient der Schaffung der notwendigen organisatorischen Voraussetzungen für die regelhafte Übersetzung der Beschlüsse innerhalb von einem Monat unabhängig von der jeweiligen Zahl der getroffenen Beschlüsse. Da bereits jetzt teilweise mehr als zehn Verfahren zur frühen Nutzenbewertung taggleich mit einem Beschluss nach § 35a Absatz 3 SGB V abgeschlossen werden, bedarf es entsprechender Vorbereitungsmaßnahmen seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Absatz 5 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss

Die Änderungen in § 55 SGB V zu den erhöhten Festzuschüssen für Zahnersatz treten zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Mit der Änderung des § 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird ein einheitliches und verbindliches elektronischen Verfahrens zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt. Für die Einführung dieses Verfahrens benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb diese Regelung erst zum 1. Januar 2021 in Kraft tritt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3a

Die in Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe a vorgesehene Einbindung aller versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger in das Zahlstellenverfahren nach § 256 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen (Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe b) sollen nicht wie bisher vorgesehen am Tag nach der Verkündung, sondern erst am 1. Juli 2019 in Kraft treten. Dadurch erhalten die Krankenkassen eine Vorlaufzeit, um die IT-Systeme anzupassen und die mit den Änderungen verbundenen administrativen Aufgaben, insbesondere hinsichtlich der Bestandsfälle, umzusetzen.

Zu Absatz 4a

Die Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe in § 20h treten am 1. Januar 2020 in Kraft. Dies berücksichtigt eine erforderliche Vorlaufzeit.

Zu Absatz 4b

Durch die Änderung wird ein Gleichlauf mit dem europäischen Medizinprodukterecht sichergestellt. Die Änderungen in § 137h treten damit gleichzeitig mit dem Geltungsbeginn der einschlägigen Regelungen der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) am 26. Mai 2020 in Kraft.

Zu den Absätzen 4c und 5

Die Änderungen in § 55 SGB V zu den erhöhten Festzuschüssen für Zahnersatz treten zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

Begründungen

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 7. Dezember 2018 (Drucksache 19/6337)

Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss und dessen Begründung

A. Problem und Ziel

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere soll unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Das Gesetz zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

B. Lösung

In einem Sofortprogramm werden die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert.

Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer des Not- und Bereitschaftsdienstes) täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann.

Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, werden ausgeweitet. Das erweiterte Sprechstundenangebot wird mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert.

Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ werden besser vergütet, ebenso koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten. Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen, die im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

Darüber hinaus sollen verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, werden die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt.

Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden erhöht und verbindlicher ausgestaltet. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert.

Weiterentwickelt werden auch die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der Bedarfsplanung. Ziel ist es, eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern.

In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Gebiete obliegt den Ländern. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen sowie ein Antragsrecht in den Landesausschüssen.

Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, werden die Schiedsregelungen und die sektorenübergreifenden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung neu strukturiert und weiterentwickelt.

Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht.
Für Langzeiterkrankte wird die Möglichkeit, stufenweise wieder in das Berufslebens eingegliedert zu werden, verbessert.
Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse werden vereinfacht.
Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie.
Darüber hinaus wird die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen sowie schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten sind diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie für die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergeben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen leistungsrechtlichen Maßnahmen ergeben sich ab dem Jahr 2019 jeweils insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Durch die verbesserte Möglichkeit, Langzeiterkrankte stufenweise wieder in das Berufsleben einzugliedern, können sich bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben. Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen.
Für den Bund ergeben sich beim Bundeszuschuss für die Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 geschätzte jährliche Mehrausgaben in der Größenordnung eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages und ab dem Jahr 2021 in der Größenordnung eines höheren einstelligen Millionenbetrages.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger
Bürgerinnen und Bürger werden aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.
E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft
Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkostenvereinbarungen bewegt sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergibt sich geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.
Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten
Der zuvor genannte Erfüllungsaufwand enthält im Hinblick auf die Pflicht der Medizinprodukthersteller zur Datenübermittlung Bürokratiekosten aus Informationspflichten.
E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung
Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 9 Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Der Gesellschaft für Telematik entsteht für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig

Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergibt sich Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
Dem Bund entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

F. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Anlage 1

Gesetzentwurf – Anmerkung: nicht wiedergegeben.

Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere soll unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Deshalb sollen in einem Sofortprogramm die Leistungen und der Zugang zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden.
Das Gesetz zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

Mit dem vorliegenden Gesetz werden die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen Versorgungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten erweitert.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

II.1. Sprechstundenangebot

Alle Patientinnen und Patienten müssen in einer angemessenen Frist einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung erhalten. Um dies zu erreichen, sollen die Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, indem das Sprechstundenangebot erweitert und dessen Vergütung verbessert werden.

II.1.1. Terminservicestellen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, um die Wartezeit gesetzlich Versicherter auf einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt zu verkürzen.
Um das Angebot der Terminvermittlung auszubauen und die Erreichbarkeit der Terminservicestellen in allen Bundesländern für alle Patientinnen und Patienten auf einem hohen Niveau sicherzustellen, werden die Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt; der Sicherstellungauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird dementsprechend konkretisiert und wie folgt weiterentwickelt:
Künftig müssen die Terminservicestellen nicht nur auch Termine bei Hausärztinnen und Hausärzten und bei Kinderärztinnen und Kinderärzten vermitteln. Sie haben Versicherte auch bei der Suche nach einer Hausärztin und einem Hausarzt oder einer Kinder- und Jugendärztin und einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, die oder den sie für eine dauerhafte hausärztliche Versorgung wählen können. So sehen die gesetzlichen Regelungen zwar vor, dass Versicherte eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu wählen haben (vgl. § 76 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Immer wieder berichten Versicherte jedoch, dass sie keine Hausärztin und keinen Hausarzt oder keine Kinder- und Jugendärztin und keinen Kinder- und Jugendarzt finden, die oder der sie dauerhaft hausärztlich betreut.
Aufgabe der Terminservicestellen wird es künftig darüber hinaus sein, Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Bislang erfolgte eine solche Vermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Die Servicestelle vermitteln nunmehr auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine

geöffnete Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.
Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der neuen Servicestelle wird vorgesehen, dass diese künftig unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117, die nach geltendem Recht allein für den außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten zu organisierenden vertragsärztlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienst gilt, 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche (24/7) erreichbar ist.
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, entsprechend der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer getroffenen Regelung eine Richtlinie für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer aufzustellen, um eine einheitliche und verbindliche Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewährleisten. Diese Richtlinie hat auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.
Ergänzt wird die Zusammenlegung der Terminvermittlung über die Terminservicestellen und die Vermittlung einer Ärztin oder eines Arztes in Notfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote). Bereits jetzt ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen kann. Ärztinnen und Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

II.1.2. Mindestsprechstunden

Die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des aus der vertragsärztlichen Zulassung folgenden Versorgungsauftrags wird in der Zulassungsverordnung-Ärzte konkretisiert und die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Hausbesuche machen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet.
Damit sich Versicherte über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte informieren können, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu veröffentlichen. Darüber hinaus wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, die die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung leiten, auf der die Sprechstundenzeiten veröffentlicht sind.
Darüber hinaus wird insbesondere vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Offene Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzungen über einen extrabudgetären Zuschlag vergütet und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung.
Die Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und zu der Verpflichtung, offene Sprechstundenzeiten anzubieten, gelten – im Verhältnis zu der jeweils arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit – für die bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren angestellten Arztinnen und Ärzte entsprechend.
Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten auf die Mindestsprechstundenzeiten sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, zu bestimmen.
Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten, wird vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung dieser Verpflichtung in der Praxis recht unterschiedlich erfolgt, weiterentwickelt. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen (EBM) enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V zu prüfen. Gleichzeitig werden sie verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sollen die Prüfberichte künftig auch den zuständigen Aufsichtsbehörden vorgelegt werden.

II.1.3. Vergütungsanreize

Die Leistungen und der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit folgenden Vergütungsanreizen verbessert und gefördert:

- extrabudgetäre Vergütungszuschläge auf die ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten,
- extrabudgetärer Vergütungszuschlag von ärztlichen Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,
- extrabudgetärer Vergütungszuschläge auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde,
- extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Behandlungsfall für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer,
- extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen im Behandlungsfall, die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden,

- Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“,
- durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

Darüber hinaus sollen für vertragsärztliche und sektorenübergreifende Leistungserbringer verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

II.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Für eine zukunftsfeste ambulante ärztliche Versorgung bedarf es weiterer Maßnahmen, um die Versorgung in allen Regionen, insbesondere in unterversorgten ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern und zukunftstauglich zu machen.

II.2.1. Regionale Zuschläge

Künftig sind regionale Zuschläge zur Sicherstellung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten zu zahlen.

II.2.2. Strukturfonds der KV

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können schon heute zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds nach § 105 SGB V bilden, für den sie jeweils 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung zur Verfügung stellen. Die Kassenseite hat dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten.

Mit den folgenden Maßnahmen werden die Strukturfonds verbindlicher ausgestaltet, erhöht, und im Verwendungszweck flexibilisiert:

- Die Bildung eines Strukturfonds wird künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend.
- Die Mittel des Strukturfonds werden von mindestens 0,1 % auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt. Die Krankenkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Die Mittel sind vollständig für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung zu verwenden.
- Die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke wird ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung, die Förderung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen und den Aufkauf von Arztsitzen.

II.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, wird erweitert und flexibilisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eigene Versorgungskapazitäten in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung oder beteiligen sich an entsprechenden Einrichtungen anderer Träger.

- Die Voraussetzung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit der Kassenseite bedürfen, wird gestrichen.
- Um die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen, wird gesetzlich klargestellt, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Maßnahmen besteht.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, zu betreiben.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auf Kooperationen mit den Kommunen hinwirken. Eigeneinrichtungen sollen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden können.
- Es wird klargestellt, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.

Zur Vergütung der in den Eigeneinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen wird klargestellt, dass Eigeneinrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind.

II.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung setzt Versorgungsstrukturen voraus, die den Vorstellungen der Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufsausübung Rechnung tragen. Neben dem Bekenntnis des Koalitionsvertrags zur Freiberuflichkeit der Heilberufe ist daher auch dem Wunsch vieler insbesondere junger Medizinerinnen und Medizinern nach einer Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis gerecht zu werden. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind dafür seit vielen Jahren eine attraktive Form der Berufsausübung, zumal eine Tätigkeit dort häufig auch mit flexibleren Arbeitszeiten verbunden ist. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und selbstständiger Tätigkeit zu sorgen, werden die gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt.

- Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ wird auf ein sachgerechtes Maß beschränkt. Künftig wird der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll der Zulassungsausschuss aber nur über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbe-

setzung entscheiden. Das bedeutet, dass das MVZ ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

- Zur Stärkung von MVZ in Nachbesetzungsverfahren wird vorgesehen, dass der Zulassungsausschuss bei der Bewerbung eines MVZ auf einen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des MVZ zu berücksichtigen hat. Dies soll auch für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften gelten, sofern sie ein besonderes Versorgungsspektrum anbieten.
- Zudem wird klargestellt, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auf die Zulassung zugunsten eines in einem anderen Planungsbereich gelegenen MVZ verzichten kann, wenn er ausschließlich in der Zweigpraxis des MVZ in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird. Insoweit bestehen bisher Rechtsunsicherheiten in der Praxis, die es auszuräumen gilt.
- Neben zugelassenen Ärztinnen und Ärzten können MVZ unter anderem von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V gegründet werden. Um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstrukturen zu begrenzen, wird die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf fachbezogene MVZ beschränkt. Für nach dem bisherigen geltenden Recht zugelassene MVZ gibt es einen Bestandsschutz.
- MVZ können von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gegründet werden. Da die Gründungsvoraussetzungen nicht nur bei der Gründung selbst, sondern dauerhaft gegeben sein muss, ist einem MVZ die Zulassung bisher unter anderem dann zu entziehen, wenn die gesetzlichen Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Bereits gesetzlich geregelt ist, dass für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die bei der Gründung auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem MVZ verzichtet haben, die Gründereigenschaft bestehen bleibt, solange sie in dem MVZ tätig sind. Um zu verhindern, dass einem MVZ nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte deren Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie in dem MVZ tätig sind.
- Unklarheit besteht in der Verwaltungspraxis darüber, ob für jedes MVZ, das neu gegründet wird, auch die Gründung einer jeweils eigenständigen Trägergesellschaft notwendig ist. Deshalb wird klargestellt, dass ein MVZ-Träger auch mehrere MVZ tragen kann.
- Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder auf andere Art Sicherheit nach § 232 BGB für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit leisten. Die Möglichkeit anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB wurde insbesondere für Kommunen geschaffen, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu in den möglichen Gründerkreis aufgenommen wurden. In der Praxis wird teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen, die insbesondere für öffentlich-rechtliche Träger – je nach Ausgestaltung der entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften – Schwierigkeiten bereiten kann. Deshalb wird klargestellt, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen.
- Die Vernetzung, Kooperation und Koordination in anerkannten Praxisnetzen wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verbessert. Zusammenarbeit und Vernetzung sind wichtige Voraussetzungen für eine am Patienten orientierte Versorgung. Kooperative Versorgungsformen können die Versorgung verbessern und das jeweilige Versorgungspotential effizient nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetze nun weitergehend genutzt. Dafür wird diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten MVZ zu gründen.

II.2.5. Bedarfsplanung

Mit den gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird ein bundeseinheitlicher Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, definiert. Die Konkretisierung erfolgt durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei u. a. die Aufgabe, die zu beplanenden Arztgruppen und die jeweiligen Planungsbereiche zu bestimmen sowie einheitliche Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen.

Um die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler zu gestalten, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Fristanpassung für die Umsetzung des Überprüfungsauftrags

  Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Auftrag erteilt, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung vorzunehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierfür ein umfangreiches wissenschaftliches Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Das Gutachten, das voraussichtlich im Herbst 2019 veröffentlicht wird, soll als Grundlage für die weiteren Beratungen zur Umsetzung des Auftrags an den Gemeinsame Bundesausschuss dienen, die Bedarfsplanung im Sinne einer kleinräumigen und bedarfsgerechteren Planung weiterzuentwickeln.

  Um einerseits im Rahmen der zeitlichen Umsetzung des Überprüfungsauftrages die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Gutachten zu würdigen, gleichzeitig jedoch auch die zentrale Bedeutung eines zeitnahen und zügigen Abschluss dieses Überprüfungsauftrags zu unterstreichen, wird die Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss, die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu treffen, aktualisiert. Der

Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Gutachtens bis zum 30. Juni 2019 zu treffen.

- (Befristete) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen
  Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Übergangszeit bis zum Abschluss der Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses spürbar zu verbessern, wird geregelt, dass die Zulassungsbeschränkungen bei der Neuzulassung von Rheumatologen, Psychiatern und Kinderärzten keine Anwendung finden. Die Nichtanwendung gilt befristet bis zur Umsetzung des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geregelten gesetzlichen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
  In ländlichen und strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern. Korrespondierend mit der Schaffung zusätzlicher Arztsitze in den von den Ländern bestimmten Regionen erhalten die Länder ein Antragsrecht in den Landesausschüssen sowie ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen.
- Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente
  Für eine funktionierende Bedarfsplanung ist es entscheidend, dass bei Vorliegen der Ergebnisse des Gutachtens die Beratungen und Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschuss ohne weitere Verzögerungen auf Basis einer wissenschaftlich fundierten Grundlage innerhalb der neu festgelegten Frist abgeschlossen werden können. Dafür müssen auch die notwendigen Steuerungsmöglichkeiten und entsprechenden Instrumente für den Gemeinsamen Bundesausschuss existieren. Dies gilt insbesondere innerhalb der einzelnen Arztgruppen (z.B. den Fachinternisten oder den ärztlichen Psychotherapeuten), um sowohl die ärztliche Grundversorgung als auch Spezialisierungen oder Schwerpunkte mit Hilfe von verbindlichen Unterquoten bedarfsgerecht in den Planungsvorgaben abbilden zu können. Die gesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung werden daher weiterentwickelt und die Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses insoweit erweitert, damit der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb der neu festgelegten Frist (30. Juni 2019) mit Hilfe der notwendigen Instrumente effektiv und sachgerecht die Beratungen abschließen und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung treffen kann.

II.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Sektorenübergreifende Versorgungsformen gewinnen für eine bedarfs- und zukunftsgerechte Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung.

In den Bereichen Krankenversicherung und Krankenhauswesen haben die Selbstverwaltungspartner dafür eine Vielzahl von gesetzlichen Aufträgen im Vereinbarungswege umzusetzen.

Damit die von der Selbstverwaltung zu treffenden Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, bedarf es gut funktionierender Schiedsregelungen bzw. Konfliktlösungsinstrumente. Dies gilt insbesondere für den Bereich dreiseitiger Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhausseite zur Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsangebote, bei denen aufgrund der unterschiedlichen Grundprinzipien der Leistungserbringung und -abrechnung in der stationären und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Einigung der Vertragsparteien regelmäßig nur schwer herbeigeführt werden konnte.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu den Schiedsverfahren bei dreiseitigen Vereinbarungen zeigen bisher eine historisch gewachsene Heterogenität auf, die sach- und interessengerechte Lösungen häufig erschwerte und zum Teil unmöglich machte. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2017 ein Rechtsgutachten zur „Bestandsaufnahme, Problemanalyse und Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente bei dreiseitigen Verträgen und Beschlüssen der Selbstverwaltung im System der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Auftragnehmerin Frau Prof. Dr. Dagmar Felix, Universität Hamburg) in Auftrag gegeben. Im Lichte der Ergebnisse des Gutachtens werden die Konfliktlösungsinstrumente für den dreiseitigen Bereich weiterentwickelt und einem eigenständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium übertragen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung werden Kompetenzen gebündelt und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt. Die bestehenden uneinheitlichen Regelungen und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse werden beendet und die auf zweiseitige Konflikte ausgerichteten Schiedsämter und Schiedsstellen gleichzeitig von allen Entscheidungen im dreiseitigen Bereich befreit.

Im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik wird in diesem Zuge auch § 89 SGB V, der mit dem Schiedsamt die zentrale Schlichtungsinstanz im vertrags-(zahn-)ärztlichen Bereich regelt, systematisch überarbeitet und neu strukturiert.

II.3. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Darüber hinaus enthält das Gesetz folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung.

II.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

Um die Versicherten, die auf eine Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, finanziell zu entlasten, werden die befundbezogenen Festzuschüsse, die bisher rund 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung abdecken, ab dem 1. Januar 2021 auf 60 Prozent erhöht. In der Folge steigen auch die Boni, die die Versicherten erhalten, die mit ihrem Bonus-Heft die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nachweisen können, von 60 bzw. 65 Prozent auf 70 bzw. 75 Prozent. Dadurch werden die Versicherten je nach notwendiger Versorgung um Beträge bis in den dreistelligen Euro-Bereich hinein, entlastet.

Abschaffung Punktwertdegression:

Durch die Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen werden Fehlanreize auf die Bereit-

schaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten beseitigt, sich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen.
Kieferorthopädische Leistungen:
Es wird eine Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Leistungen analog der Mehrkostenregelung bei zahnerhaltenden Maßnahmen geschaffen. Dies bedeutet, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Versorgung über die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen hinaus wählen, die Mehrkosten hierfür selbst zu tragen haben. Die Regelung behält das Sachleistungsprinzip bei und konkretisiert das Wirtschaftlichkeitsgebot. Durch die Vorschrift wird außerdem klargestellt, dass Versicherte, die Mehrleistungen in Anspruch nehmen, ihren Leistungsanspruch behalten und lediglich die entstehenden Mehrkosten tragen und somit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für die Versicherten geschaffen. Zudem wird eine gesetzliche Grundlage für weitergehende Konkretisierungen durch die Selbstverwaltung geschaffen, wodurch das Leistungsgeschehen besser strukturiert sowie für alle Beteiligten nachvollziehbarer ausgestaltet und die Patientensouveränität gesteigert wird. Dadurch wird zusätzlich die Eigenverantwortung gestärkt und die Wahlmöglichkeit der Versicherten bei der Auswahl der kieferorthopädischen Behandlungsalternativen erweitert.
Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:
Mit der Vorschrift in § 87 Absatz 1c SGB V wird eine Ermächtigungsgrundlage zur Beauftragung und Durchführung der im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren und somit eine von § 275 ff. SGB V abweichende Aufgabenregelung geschaffen. § 275 SGB V verpflichtet die Krankenkassen in bestimmten Fällen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Bei den in § 87 Absatz 1c SGB V geregelten Fällen Nr. 1 bis 4 können die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens durchführen lassen.
Das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren ist seit Jahrzehnten im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Kieferorthopädie etabliert. Im Zuge des Patientenrechtegesetzes wurde in § 13 Absatz 3a Satz 4 SGB V die Möglichkeit der Durchführung des vertragszahnärztlichem Gutachterverfahrens im Rahmen der vorgeschriebenen Bearbeitungsfrist für Anträge auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen aufgeführt. Eine ausdrückliche Ermächtigung zur Durchführung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens fehlte jedoch bislang. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen und deswegen das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren für unzulässig erachtet (BayLSG, Urteile vom 27. Juni 2017, Az.: L 5KR 170/15 und L 5 KR 260/16).

II.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:
Förderung der Umsetzung von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen und anderen Leistungen nach den §§ 132e und 132f SGB V durch die Ermöglichung der Anwendung des für die hausarztzentrierte und die besondere Versorgung (§§ 73b und 140a SGB V) etablierten Abrechnungsverfahrens nach § 295a SGB V.
Qualitätssicherung:
Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt u.a. eine Klarstellung zur Zulässigkeit einer versichertenbezogenen Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen von Rückmeldeverfahren in der Qualitätssicherung (§ 299 Absatz 1 SGB V).
Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:
Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt die Schaffung einer Befugnis zur Übermittlung der Daten aus der Versichertenauskunft auf Verlangen und mit Einverständnis der Versicherten durch die Krankenkassen an Dritte, z.B. zur Verwendung in elektronischen Gesundheitsakten.

II.3.3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig ist ein einheitlicher Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene zu schließen. Leistungserbringer, die die in dem Rahmenvertrag festgelegten Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

II.3. Allgemeines Leistungsrecht

DO-Angestellte:
Klarstellung, dass nicht nur aktive Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände sondern auch Versorgungsempfänger Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.
PrEP:
Versicherten mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko wird ein Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingeräumt.
Kryokonservierung:
Ergänzung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mittels einer keimzellschädigenden Therapie erforderlich erscheint, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.
Stufenweise Wiedereingliederung:
Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt.
Krankengeld:
Einzelne Regelungen aus dem Bereich des Krankengeldes werden angepasst, einschließlich notwendiger Änderungen

wegen des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung der Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838):

- Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V): Es wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.
- Klarstellung zur wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung (neuer § 44 Absatz 2 Satz 3 SGB V): Um die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme auszuschließen, wird klargestellt, dass für einen Zeitraum, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs wirksam abgegeben werden kann.
- Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (§ 46 SGB V): Für Versicherte, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, wird bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit sichergestellt, dass das Krankengeld nicht mehr vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Säumnis weiter erhalten können.
- Rechtssichere Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes (§ 48 SGB V): Damit der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt werden kann, wird der Verletztengeldbezug als eine bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigende Zeit in § 48 Absatz 3 SGB V genannt.
- Folgeregelung zum Flexirentengesetz (§ 51 SGB V): Durch das Flexirentengesetz haben sich für die Versicherten flexiblere Möglichkeiten für eine Wahl zwischen Altersvollrente und Altersteilrente eröffnet und es wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Altersvollrente oder einer Altersteilrente neu geregelt. In der Folge bedarf es einer Regelung, die es den Krankenkassen ermöglicht, Versicherte im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern zu können.

Streichung Berichtspflicht Reha:

Die Berichtspflicht der Krankenkassen hinsichtlich von Zahlungen an die Pflegekasse, weil für Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden, wird aus verwaltungsökonomischen Gründen gestrichen.

Elektronische AU-Bescheinigung:

Zum 1. Januar 2021 wird ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und damit die bisherigen, der Krankenkasse vorzulegenden, papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ersetzt. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

Spätaussiedler:

Das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler aus Bundesmitteln wird aus verwaltungsökonomischen Gründen abgeschafft (Streichung § 11 Absatz 6 Bundesvertriebenengesetz). Der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber den Krankenkassen bleibt davon unberührt; sie können künftig von Beginn an ihre Krankenkasse frei wählen.

II.3.5. Verbänderecht, Aufsicht

Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:

Die Kommunikation der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen mit anderen zuständigen Stellen wird auf eine sichere Grundlage gestellt, indem die Befugnisse zur Übermittlung personenbezogener Daten gesetzlich klargestellt werden.

§ 274 SGB V-Prüfung:

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V über den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll der Prüfbehörde die Möglichkeit eröffnet werden, in einzelnen Prüfbereichen und in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen.

Musterkassenordnung:

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, für die Krankenkassen zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung eine Musterkassenordnung zu erstellen.

Vorstandsverträge:

Für Vorstandsverträge der Spitzenorganisationen in der GKV, die der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehen, werden konkretere gesetzliche Vorgaben festgeschrieben, um die Transparenz der Vergütungen zu verbessern, den Körperschaften einen verlässlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung zu geben und die Effektivität der präventiven Kontrolle solcher Verträge durch die Aufsichtsbehörde zu stärken. Auch für die gesetzlichen Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Vorgaben zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütung konkretisiert und damit die Transparenz verbessert sowie der Vergleich der Vergütungen erleichtert.

II.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:
Die Regelung gewährleistet, dass bei der Frage der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Familienangehörigen die Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen unabhängig von ihrer Auszahlungsweise erfolgt und verhindert insofern eine gleichheitswidrige Aufnahme in die Familienversicherung.
Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:
Der Prüfaufwand für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln wird reduziert, weil die Krankenkassen nach der Neuregelung den überwiegenden Unterhalt nur dann prüfen müssen, wenn Stiefkinder oder Enkel nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitglied leben.
Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:
Für Kinder mit Behinderungen wird die Durchführung der Familienversicherung ohne Altersgrenze auch in den Fällen ermöglicht, in denen dies bisher nach Ablauf einer Vorrangversicherung nicht möglich war.
Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:
Eine Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird dann ausgeschlossen, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde.
Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern:
Eine für pflichtversicherte Waisenrentnerinnen und -rentner bestehende beitragsrechtliche Ungleichbehandlung hinsichtlich der verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen wird beseitigt.
Rente und Versorgungsbezug:
Durch die Regelung wird eine verwaltungsverfahrensrechtliche Rechtsgrundlage geschaffen, die ermöglicht, dass Beitragsbescheide freiwillig versicherter Mitglieder im Falle von Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen dem geltenden materiellen Recht entsprechend rückwirkend angepasst werden können.
Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:
Zur Verwaltungsvereinfachung wird das Zahlstellenverfahren für Beiträge aus Versorgungsbezügen konsequent angewandt.
Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG):
Im AAG wird eine in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung zum Anwendungsbereich nachvollzogen und klargestellt, dass arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nicht an den Umlageverfahren teilnehmen.

II.3.7. Arzneimittelversorgung

Versorgung mit Grippeimpfstoffen:
Es wird gesetzlich geregelt, dass in den Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V über die Versorgung mit Impfstoffen im Sprechstundenbedarf die Krankenkassen den Einkaufspreis und eine Apothekenvergütung von 1 Euro je Einzeldosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte zu erstatten haben. Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den Referenzabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 SGB V einen zusätzlichen gesetzlichen Abschlag. Zudem wird die Bildung des Referenzabschlages neu gefasst.
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln für die internationale Öffentlichkeit auch in englischer Fassung zu veröffentlichen.
Zahnärzte:
Weitere Änderungen im Arzneimittelgesetz (AMG) und im Transfusionsgesetz (TFG) dienen der sicheren Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln.
In § 13 Absatz 2b AMG wird klargestellt, dass die erlaubnisfreie Herstellung von Arzneimitteln unter unmittelbarer fachlicher Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt.
Die Änderungen im Transfusionsgesetz dienen der Gewährleistung der Sicherheit der von Zahnärzten erlaubnisfrei hergestellten und angewendeten Blutzubereitungen nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde. Nach dem Vorbild der Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) soll der Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik in Richtlinien der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), festgelegt und von diesem im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Für den Zeitraum bis zur Veröffentlichung der Richtlinien gilt § 28 TFG fort.
Großhandelszuschlag:
Zu einer qualitativ guten und gut erreichbaren medizinischen Versorgung gehört auch die Absicherung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Bereitstellung von Arzneimitteln durch den Arzneimittelgroßhandel. Für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird deshalb gesetzlich klargestellt, dass der pharmazeutische Großhandel den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach der Arzneimittelpreisverordnung zwingend aufschlagen muss. Im Ergebnis wird das bezweckte Ziel des Festzuschlages – Vergütung für den Auftrag zur Belieferung der Apotheken – erreicht.
Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen:
Der Wahltarif zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wird wegen geringer Nachfrage (bundesweit wenige hundert Versicherte) aufgehoben. Entsprechende Satzungsleistungen der Krankenkassen bleiben jedoch unberührt.

II.3.8. Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, § 65c SGB V)
Die Nachbesserungsfrist für die Erfüllung der Kriterien als Voraussetzung der finanziellen Förderung der klinischen Krebsregister durch die gesetzliche Krankenversicherung wird von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert. Damit wird den klinischen Krebsregistern die Möglichkeit gegeben, den geplanten Aufbau abzuschließen, um die Förderkriterien zu erfüllen

II.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)
Mit dem Gesetz werden Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung zugelassen. Damit wird die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt. Betreuungsdienste bieten für Pflegebedürftige eine qualitätsgesicherte pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung an. Die Regelungen sind notwendig, um der wachsenden Nachfrage nach entsprechender Unterstützung durch ein breiteres Angebot Rechnung zu tragen.

II.3.10. Telematik
Die technologische Entwicklung der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien hat in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte gemacht und ist fester Bestandteil des Lebensalltags vieler Menschen geworden. Viele Menschen nutzen in ihrem Alltag mobile Endgeräte wie zum Beispiel Smartphones oder Tablets, um zu kommunizieren, sich zu informieren oder Geschäfte des alltäglichen Lebens zu tätigen. Diese Lebensrealität soll mit den gesetzlichen Änderungen aufgenommen werden, so dass Versicherte zusätzliche Zugriffs- und Authentifizierungsmöglichkeiten erhalten, um mit mobilen Endgeräten auf ihre medizinischen Daten in ihrer Patientenakte zugreifen zu können.
Neue Zugriffswege:
Da die aktuellen gesetzlichen Regelungen nur einen Zugriff unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte und mit solchen Komponenten und Diensten vorsehen, die nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sicherheitszertifiziert sind (z.B. Kartenlesegerät), ist eine Anpassung der bestehenden gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Zugriffswege der Versicherten notwendig. Damit soll den Versicherten ein zusätzlicher technischer Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten ihrer elektronischen Patientenakte eröffnet werden. Die bestehenden Zugriffswege sollen daneben erhalten bleiben.
Die Regelung, die einen zusätzlichen Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte vorsieht, zielt darauf ab, den Versicherten einen selbstständigen Zugriff mittels mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablets auf ihre medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen und verpflichtet die Gesellschaft für Telematik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen.
ePA:
Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen.
Störungsmeldungen:
Die Gesellschaft für Telematik wird zudem verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit über Meldungen nach § 291b Absatz 6 Satz 4 SGB V über Störungen oder bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, zu informieren.

II.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)
Das Verfahren der Beteiligung betroffener Medizinprodukthersteller an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137e SGB V wird vereinfacht:
- Die betroffenen Medizinprodukthersteller erhalten nunmehr die Wahlfreiheit, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung anstelle des G-BA auf eigene Kosten selbst beauftragen zu können.
- Das aufwändige Verfahren einer Erklärung zur Kostenübernahme bereits im Vorfeld einer Erprobung entfällt.
- Im Falle der Beauftragung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung durch den G-BA werden die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch den G-BA umfassend vorfinanziert; wenn sich die Erprobung auf eine allein stationär erbringbare Methode bezieht, erfolgt eine Vollfinanzierung durch den G-BA.
- Eine Kostenbeteiligung von Medizinprodukteherstellern erfolgt nur noch im Anschluss an die Erprobung im Falle der späteren Aufnahme der Methode in die ambulante Regelversorgung. Die Angemessenheit der Kostenbeteiligung richtet sich wie bisher nach dem Einzelfall.
- Es wird klargestellt, dass der G-BA unverzüglich über eine Aufnahme in die Regelversorgung entscheiden muss, wenn er bei der Prüfung eines Erprobungsantrags feststellt, dass der Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt erscheint und er deshalb eine weitere Erprobung mit der Begründung ablehnt, der Nutzen sei schon hinreichend belegt.
- Die Möglichkeiten der Medizinprodukthersteller, sich bei beim G-BA beraten zu lassen, werden erweitert.

Auch das Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V wird vereinfacht. Die Verantwortung der Medizinprodukthersteller wird gestärkt, um die Voraussetzungen für eine effektive und zügige Verfahrensdurchführung sicherzustellen. Hierzu dienen die folgenden Maßnahmen:
- Das bisherige bloße Benehmen zwischen Krankenhaus und Hersteller für die Informationsübermittlung an den G-BA wird durch das Erfordernis einer Einvernehmenserteilung durch den Hersteller ersetzt.
- Die Bewertung durch den G-BA wird vereinfacht, in dem die Notwendigkeit einer Potentialprüfung gestrichen wird. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den

G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.
- Für die Beauftragung und Finanzierung der Erprobung gelten die oben dargestellten Vereinfachungen.
- Ergänzend zur Erprobung werden die betroffenen Hersteller verpflichtet, dem G-BA unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln.
- Die Beratung beim G-BA wird für die Hersteller durch die Möglichkeit der Einbeziehung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus optimiert, die Beratungsinhalte werden erweitert und zugleich wird eine Gebührenpflicht der Hersteller für diese Beratung eingeführt.

II.3.12. Psychotherapeutische Versorgung

Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie. Er hat Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu treffen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und des Transfusionsgesetzes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz (Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Regelung zum Mitgliedschafts- und Beitragsrecht.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit dem Gesetz werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung ab.

Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung. Er entspricht insbesondere der Managementregel 4 und 9 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, mit dem Ziel, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demographischen Wandel vorzunehmen. Auch wird dem Nachhaltigkeitsindikator Nummer 14a, b der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung getragen, indem mit dem Gesetz auch dem Ziel Rechnung getragen wird, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern, u. a. durch die mit dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung.

Die im Gesetz vorgesehenen arzneimittelrechtlichen Regelungen, insbesondere die Regelungen zur Veröffentlichung der Richtlinien der BZÄK zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde, fördern die Zielsetzung der Managementregel 4, Gefahren und unvertretbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden.

3. Demografische Aspekte

Das Gesetz vereinfacht den Zugang zur medizinischen Versorgung insbesondere auch bei der Terminvermittlung zu Haus-, Kinder- oder Jugendärztinnen und -ärzten und entlastet damit gerade junge Eltern. Die Leistungen zur Kryokonservierung sind insbesondere für junge Menschen wichtig, bei denen der Kinderwunsch noch nicht erfüllt bzw. die Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist. Daneben wird der medizinische Schutz für junge Menschen ab 16 Jahren mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko ausgebaut. Der Prüfbericht des „Kompetenzzentrum Jugend-Check“ (Projekt des Deutschen Forschungsinstituts für öffentliche Verwaltung; www.jugend-check.de) wurde berücksichtigt.

Die Maßnahmen des Gesetzes tragen im Übrigen dazu bei, dass auch unter den Bedingungen einer steigenden Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger und der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität eine bedarfsgerechte, hochwertige und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Das Gesetz stärkt die ambulante vertragsärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen und unterversorgten Gebieten, die von den demografischen Herausforderungen besonders betroffen sind.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bund
Für den Bund ergeben sich beim Bundeszuschuss für die Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 geschätzte jährliche Mehrausgaben in der Größenordnung eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages und ab dem Jahr 2021 in der Größenordnung eines höheren einstelligen Millionenbetrages.
Länder und Kommunen
Für Länder und Kommunen ergeben sich keine finanziellen Mehrbelastungen.
Sozialversicherung
Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten sind diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesetz insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie und die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergeben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen leistungsrechtlichen Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich ab dem Jahr 2019 jeweils geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen. Durch die verbesserten Möglichkeiten zur stufenweise Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten können sich für die gesetzliche Krankenversicherung bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben.
Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Änderungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in Anlehnung an die Finanzwirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehreinnahmen im mittleren einstelligen Millionenbereich.
Einzelmaßnahmen
Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfallen folgende Haushaltsausgaben:
4.1. Sprechstundenangebot
4.1.1. Terminservicestellen
Durch die Regelungen zu den erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 4.1.3.).
4.1.2. Mindestsprechstundenangebot
Durch die Regelungen zum Sprechstundenangebot entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 4.1.3.).
4.1.3. Vergütungsanreize
Die jährlichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die vertragsärztliche Vergütung können sich je nach Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss bei voller Wirksamkeit auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag belaufen. Durch die Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen können die Mehrbelastungen teilweise in geringem und nicht quantifizierbarem Umfang kompensiert werden.
Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen.
Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen.
4.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung
4.2.1. Regionale Zuschläge
Siehe Punkt 4.1.3.
4.2.2. Strukturfonds der KV
Durch die Regelungen zu den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen können der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von jährlich bis zu 24 Millionen Euro entstehen. Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen in gleicher Höhe mit jeweils bis zu 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung.
4.2.3. Eigeneinrichtungen der KV
Durch die Regelungen zu den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
4.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
Durch die Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
4.2.5. Bedarfsplanung
Durch die Regelungen zur (befristeten) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen, können der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen.

4.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung
Durch die Regelungen zur sektorenübergreifenden Konfliktlösung entstehen der der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
4.3. Weitere Maßnahmen
4.3.1. Zahnärztliche Versorgung
Erhöhung Festzuschuss:
Durch die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz entstehen ab dem Jahr 2021 jährliche Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 570 Millionen Euro.
Abschaffung Punktwertdegression:
Die Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abschaffung der Punktwertedegression belaufen sich auf 55 bis 60 Millionen Euro. Bisher haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Degressionsbeträge abzuschöpfen und an die Krankenkassen weiterzugeben. Diese Honorareinsparungen entfallen künftig.
Kieferorthopädische Leistungen:
Durch Mehrkostenvereinbarungen mit den Versicherten auch im kieferorthopädischen Bereich, die den Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse nicht berühren, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:
Durch die Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
4.3.2. Sozialdatenschutz
Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:
Durch die Regelung zum Abrechnungsverfahren von Schutzimpfungen und anderen Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
Qualitätssicherung:
Mit der sozialdatenschutzrechtlichen Klarstellung zur Zulässigkeit einer Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V) sind keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.
Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:
Mit der sozialdatenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis der Daten aus der Versichertenauskunft (§ 305 SGB V) sind keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.
4.3.3. SAPV
Durch die Regelung eines Rahmenvertrages über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auf Bundesebene entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben. Bereits bisher hat der GKV-Spitzenverband Rahmenempfehlungen zu den wesentlichen Vertragsinhalten zu erarbeiten.
4.3.4. Leistungsrecht
DO-Angestellte:
Durch die Regelung zur Teilkostenerstattung für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
PrEP:
Durch die Einräumung eines Anspruchs auf Beratung, erforderliche Untersuchungen und die Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrkosten von etwa 5 Millionen Euro.
Kryokonservierung:
Durch die leistungsrechtlichen Regelungen zur Kryokonservierung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages.
Stufenweise Wiedereingliederung:
Durch die verbesserten Möglichkeiten langzeiterkrankter Versicherter zur stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben können für die gesetzliche Krankenversicherung nicht konkret bezifferbare Minderausgaben durch eine Verringerung der Bezugsdauer des Krankengeldes sowie damit verbundene Beitragsmehreinnahmen entstehen. Die Entlastungseffekte hängen dabei insbesondere von der möglichen Verkürzungsdauer des Krankengeldbezugs sowie von der Inanspruchnahme ab. Bei konservativer Schätzung ergeben sich zunächst Minderausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Dies entspräche etwa 0,5 Prozent des derzeitigen Krankengeldvolumens.
Krankengeld:
Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe, denen entsprechende Mehreinnahmen gegenüberstehen. Durch die Regelung zur Klarstellung hinsichtlich der wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Regelung zur Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen Mehrausgaben in niedriger, aber nicht quantifizierbarer Höhe.
Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Regelung zur rechtssicheren Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes keine Mehrausgaben.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Folgeregelung zum Flexirentengesetz keine Mehrausgaben.
Streichung Berichtspflicht Reha:
Durch die Streichung der Berichtspflicht nach § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung.
Elektronische AU-Bescheinigung:
Durch das elektronische Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
Spätaussiedler:
Bei der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch den mit der Streichung der Erstattungsregelung in § 11 Bundesvertriebenengesetz verbundenen Wegfall der Erstattungen aus den Mitteln des Bundes Aufwendungen von etwa 180 000 Euro jährlich.
4.3.5. Verbänderecht, Aufsicht
Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:
Durch die Klarstellung der Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
§ 274 SGB V-Prüfung:
Durch die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien im Rahmen der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine höheren Leistungsausgaben.
Musterkassenordnung:
Durch die Verpflichtung zur Erstellung einer Musterkassenordnung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.
Vorstandsverträge:
Durch die Regelungen zu den Vorstandsverträgen der Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen keine Mehrausgaben.
4.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht
Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:
Durch die Regelung müssen Personen mit einmaligen oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlten Entlassungsentschädigungen zukünftig als freiwillige Mitglieder Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten. Daraus entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte zusätzliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.
Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:
Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.
Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:
Kindern mit Behinderungen, die bisher Beiträge aus einer freiwilligen Mitgliedschaft zu entrichten hatten, wird zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen anstelle einer freiwilligen Mitgliedschaft zum Mindestbeitrag eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht. Daraus entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geringfügige nicht quantifizierbare Mindereinnahmen.
Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:
Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.
Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern:
Die Beitragsfreistellung von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis bei versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V führt zu jährlichen Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages.
Rente und Versorgungsbezug:
Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen bei freiwilligen Mitgliedern aufgrund der Anpassung der Beitragsbescheide bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen geringfügige nicht bezifferbare Mehreinnahmen.
Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:
Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.
AAG:
Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.
4.3.7. Arzneimittelversorgung
Versorgung mit Grippeimpfstoffen:
Die gesetzliche Regelung der Erstattung des Einkaufspreises und der Apothekenvergütung von 1 Euro je Impfdosis führt zu nicht quantifizierbaren Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem stehen verminderte Ausgaben durch den zusätzlichen gesetzlichen Abschlag auf die Preise für Impfstoffe gegenüber. Eine genauere Quantifizierung ist nicht möglich, da in der Grippeimpfsaison 2018/19 erstmals ausschließlich der Vierfachimpfstoff zu verordnen ist und dieser teurer ist als der Dreifachimpfstoff. Die Vergütung der Apotheken von 1 Euro je Impfdosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte entspricht weitgehend bestehenden Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene.
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Mit der Veröffentlichung einer englischen Fassung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln entstehen keine Mehrausgaben.
Zahnärzte:
Die gesetzliche Klarstellung zur erlaubnisfreien Herstellung von Arzneimitteln auch durch Zahnärztinnen und Zahnärzte führt zu keinen Mehrausgaben.
Großhandelszuschlag:
Die gesetzliche Klarstellung zu den Großhandelszuschlägen für Fertigarzneimittel in der Arzneimittelpreisverordnung führt zu keinen Mehrausgaben.
Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen:
Durch die Streichung des Wahltarifs entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Kosten. Da Wahltarife sich jeweils selbst tragen müssen, ist die Streichung kostenneutral.
4.3.8. Krebsregister
Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien durch die klinischen Krebsregister von einem Jahr auf zwei Jahre führt nicht zu Mehrausgaben.
4.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)
Von direkten finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung ist nicht auszugehen, da die Leistungsbeträge nicht ausgeweitet werden, sondern nur die Zulassung zur Leistungserbringung auf ambulante Betreuungsdienste ausgeweitet wird.
4.3.10. Telematik
Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, das in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakte zu schaffen.
Neue Zugriffswege:
Durch den zusätzlichen technischen Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte und die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung keine zusätzlichen Ausgaben.
ePA:
Valide Aussagen, in welchem Umfang durch die Nutzung elektronischer Patientenakten Veränderungen des Versorgungsgeschehens und damit der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten sind, lassen sich nicht treffen. Es handelt sich aber um Investitionen in eine Infrastruktur, die die Voraussetzungen für mehr Qualität in der Patientenversorgung schaffen soll.
Störungsmeldungen:
Durch die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen der Telematikinfrastruktur zu informieren, entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung keine zusätzlichen Ausgaben.
4.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)
Durch die Vereinfachung der Verfahren nach den §§ 137e und 137h SGB V entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung über den Erfüllungsaufwand des Gemeinsamen Bundesausschusses hinaus keine zusätzlichen Mehrausgaben.
4.3.12. Psychotherapeutische Versorgung
Durch den Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss für eine gestufte und gesteuerte Versorgung entstehen keine Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Nähere bleibt der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie vorbehalten.

5. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürger werden aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkostenvereinbarungen bewegt sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergibt sich geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.

Verwaltung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 9 Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen,

den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Der Gesellschaft für Telematik entsteht für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergibt sich Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
Dem Bund entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

Einzelmaßnahmen

Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfällt folgender Erfüllungsaufwand:

5.1. Sprechstundenangebot

5.1.1. Terminservicestellen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen aufgrund der anzunehmenden Erhöhung der Inanspruchnahme ein geschätzter jährlicher zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 Millionen Euro. Hierbei ist bereits ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickeltes Online-Angebot berücksichtigt, durch das die Terminservicestellen in einem deutlichen Umfang entlastet werden.
Zudem entsteht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund der Anpassung der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 SGB V und der neu aufzustellenden Richtlinie nach § 75 Absatz 1a Satz 1 Nummer 5 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von geschätzt wenigen tausend Euro.

5.1.2. Mindestsprechstundenangebot

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch die Anforderungen an das Angebot von Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden, soweit diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation. Im Einzelfall kann es erforderlich sein, die Arbeitszeiten des Praxispersonals zu erhöhen, wenn die Erhöhung der Sprechstundenzeiten zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung führt (jährlicher Erfüllungsaufwand). Zudem sind die geänderten Praxiszeiten bekannt zu geben (einmaliger Erfüllungsaufwand).

5.1.3. Vergütungsanreize

Beim Bewertungsausschuss (GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht für die Überprüfung und Beschlussfassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen im Durchschnitt ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 13 000 Euro je Beschlussfassungsverfahren. Insgesamt entsteht für die Beschlussfassungen nach § 87 und § 87a SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 39 000 Euro.
Beim Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 und § 87a SGB V ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 600 Euro.
Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Ab dem Jahr 2022 entsteht dadurch je nach Ausgestaltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die einzelne Vertragsärztin oder den einzelnen Vertragsarzt zu deren bisheriger Kodierung durch die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel.

5.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

5.2.1. Regionale Zuschläge

Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen entsteht Erfüllungsaufwand für die Verhandlungen bzw. Festlegung über die Höhe der Sicherstellungzuschläge je Leistungserbringer und die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand durch die Auszahlung der Sicherstellungszuschläge. Nach Schätzungen beläuft sich der Erfüllungsaufwand insgesamt auf einen Betrag von rund 60 000 Euro.

5.2.2. Strukturfonds der KV

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand der geschätzt deutlich unterhalb der Bagatellgrenze liegt, da bereits alle Kassenärztlichen Vereinigungen einen Strukturfonds eingerichtet haben. Durch die Möglichkeit der Erhöhung der Strukturfondsmittel können sich lediglich die Anzahl oder der jeweilige Auszahlungsbetrag der Fördermaßnahmen erhöhen.

5.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die verbindliche Vorgabe von Eigeneinrichtungen bei Vorliegen von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung geschätzt ein einmaliger Erfüllungsaufwand im unteren sechsstelligen Bereich. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in diesem Zusammenhang zukünftig andere Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entfallen.

5.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Durch die Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren entsteht für diese kein neuer Erfüllungsaufwand.

5.2.5. Bedarfsplanung

Die Regelungen zur Bedarfsplanung führen zu keinem neuen Verwaltungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss

und dessen Träger, da der gesetzliche Auftrag zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erteilt wurde.

5.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Die Regelungen zur sektorenübergreifenden Konfliktlösung sind mit einem einmaligen Verwaltungsaufwand für die Errichtung der neuen dreiseitigen Schiedsgremien durch die jeweiligen Trägerorganisationen (auf Bundesebene: GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft; auf Landesebene: Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften) verbunden. Durch die Konstituierung der dreiseitigen Schiedsgremien werden die Geschäftsstellen der zweiseitigen Schiedsämter auf Bundes- und Landesebene von Verfahren im dreiseitigen Versorgungsbereich entlastet. Da die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien diejenigen Schiedsverfahren führen, die bisher von den zweiseitigen (erweiterten) Schiedsämtern geführt wurden, und mit den Regelungen keine neuen zusätzlichen Verfahren geschaffen werden, entsteht in der Summe kein neuer laufender Verwaltungsaufwand.

5.3. Weitere Maßnahmen

5.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

Durch die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Abschaffung Punktwertdegression:

Durch die Abschaffung der Punktwertedegression entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Kieferorthopädische Leistungen:

Den Zahnärztinnen und Zahnärzten entsteht mit dem Schriftformerfordernis für die erfolgte Information und Aufklärung des Versicherten zu Mehrkostenvereinbarungen ein wiederkehrender zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach geltender Rechtslage sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte durch die §§ 630c und 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches dazu verpflichtet, den Versicherten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären.

Den Versicherten entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Unterzeichnung der schriftlichen Erklärung, über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen und die von der Krankenkasse zu tragenden bzw. selbst zu tragenden Kostenanteile aufgeklärt worden zu sein.

Den Bundesmantelvertragspartnern entsteht durch die Vorgabe, einen Katalog der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungsfähigen Leistungen zu erstellen, ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand. Hierfür können sie zurückgreifen auf den 2016 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vereinbarten Katalog, der typischerweise als Mehr- bzw. Zusatzleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen. Den Bundesmantelvertragspartnern entsteht durch die Vorschrift, verbindliche Formularvordrucke für die Mehrkostenvereinbarungen zu vereinbaren, ein geringer Erfüllungsaufwand. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsteht durch die anlassbezogene Prüfung, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte ihren Aufklärungs- und Informationspflichten nachgekommen sind, ein Erfüllungsaufwand. Dessen Ausmaß ist davon abhängig, wie häufig sich die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen veranlasst sehen, entsprechende Prüfungen vorzunehmen und wie komplex der jeweilige Einzelfall einzustufen ist.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

Durch die Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

5.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:

Mit der Einbeziehung von Leistungen im Rahmen von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e SGB V und Verträgen über die Versorgung durch Betriebsärzte nach § 132f SGB V in die Abrechnung nach § 295a SGB V wird der Erfüllungsaufwand für die Leistungserbringer und Krankenkassen geringfügig reduziert, da sie nunmehr bereits etablierte Verfahren und Übermittlungswege für die Abrechnung der erbrachten Leistungen nutzen können.

Qualitätssicherung:

Die sozialdatenschutzrechtliche Klarstellung zur Zulässigkeit einer Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V) verursachen nur geringen Erfüllungsaufwand bei den Stellen der Qualitätssicherungsverfahren und den Krankenkassen.

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Die sozialdatenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis der Daten aus der Versichertenauskunft (§ 305 SGB V) verursachen nur geringen Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen.

5.3.3. SAPV

Durch die Regelung besonderer Zulassungsverträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsteht den Krankenkassen und SAPV-Leistungserbringern kein neuer Erfüllungsaufwand. Bereits bisher haben die Krankenkassen mit allen geeigneten Leistungserbringern entsprechende Versorgungsverträge geschlossen.

5.3.4. Leistungsrecht

DO-Angestellte:

Durch die Klarstellung zur Teilkostenerstattung für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

PrEP:

Durch die Regelung zu Leistungen bei Präexpositionsprophylaxe entsteht weder den anspruchsberechtigten Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung noch den Krankenkassen neuer Erfüllungsaufwand.

Kryokonservierung:
Durch die Regelungen zur Kryokonservierung entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.
Stufenweise Wiedereingliederung:
Durch die Regelung zur Stärkung der stufenweisen Wiedereingliederung entsteht bei den Krankenkassen kein Erfüllungsaufwand. Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die regelmäßige Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung spätestens ab einer Dauer von sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit ein geringer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach geltender Rechtslage sollen Ärztinnen und Ärzte eine stufenweise Wiedereingliederung empfehlen, wenn Versicherte hierdurch voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können.
Krankengeld:
Durch die Regelung zur Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen sowie zur Klarstellung hinsichtlich der wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.
Den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, denen die Regelung zur Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zugutekommt, entsteht kein zusätzlicher Aufwand. Für die Krankenkassen ergeben sich keine Veränderungen zur üblichen Bearbeitung eines Krankengeldfalles.
Durch die Regelung zur rechtssicheren Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.
Den von der Regelung zur Berechtigung der Krankenkassen, zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern zu können, betroffenen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht durch die Stellung eines entsprechenden Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI ein geringer Aufwand. Im Zusammenhang mit der Ausübung pflichtgemäßen Ermessens entstehen den Krankenkassen zusätzliche Verwaltungsaufwände, die als gering einzuschätzen sind. Demgegenüber ergibt sich eine Verminderung des Aufwandes daraus, dass längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden werden. Im Übrigen entstehen den Krankenkassen durch die Folgeregelung zum Flexirentengesetz keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.
Streichung Berichtspflicht Reha:
Für Krankenkassen und Aufsichtsbehörden verringert sich durch die Streichung der Berichtspflicht nach § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V der Erfüllungsaufwand geringfügig, da nur sehr wenige Fälle beim Bundesversicherungsamt (10 Fälle in den Jahren 2009 bis 2010) gemeldet wurden.
Elektronische AU-Bescheinigung:
Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich durch Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärztinnen und Ärzte an die Krankenkassen eine Verfahrenserleichterung, da durch die klarstellende Festlegung der Übermittlungspflichten die Übersendung durch den Versicherten an die Krankenkasse entfällt. Ausgehend von der jährlichen Fallzahl an Arbeitsunfähigkeiten beträgt die Entlastung für Bürgerinnen und Bürger mindestens 43 Millionen Euro.
Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern entsteht ein Aufwand durch die Übermittlungspflichten, der aber durch die Nutzung der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung vorhandenen Telematikinfrastruktur als gering eingeschätzt wird. Der technische Umstellungsaufwand bei Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern ist unerheblich, da sie bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und auf bestehende Verfahren der Telematikinfrastruktur aufgesetzt werden kann.
Den Krankenkassen entstehen Verwaltungsaufwände hinsichtlich der Annahme und Verarbeitung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen zu übermittelnden Daten. Im Vergleich zu der bisherigen Übertragung der per Post oder per E-Mail an die Krankenkassen übersandten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in die Datenverarbeitungssysteme der Krankenkassen ist eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes anzunehmen. Eine technische Anbindung der Krankenkassen an die Telematikinfrastruktur besteht bereits.
Spätaussiedler:
Durch die Abschaffung des aufwändigen Erstattungsverfahrens nach § 11 Bundesvertriebenengesetz entfällt sowohl beim Bund als auch bei den Ländern sowie bei den Krankenkassen teilweise erheblicher Verwaltungsaufwand. Die Krankenkassen hatten bislang die ihnen entstehenden Aufwendungen für die Versorgung nach § 11 Bundesvertriebenengesetz nach Einzelfällen mit der vom Land bestimmten Erstattungsbehörde abzurechnen; für jeden Leistungsempfänger war ein Hauptbeleg zu fertigen, in einem Kostennachweis zusammenzufassen und der Erstattungsbehörde zu übersenden. Die Anzahl der Erstattungsfälle belief sich in den Jahren 2013 bis 2016 auf etwa 50 bis 130 Fälle jährlich. Die Erstattungsbehörde hatte die Kostennachweise und Hauptbelege zu prüfen sowie mindestens einmal jährlich die Beweisstücke, die den Leistungen zugrunde gelegen haben, stichprobenweise bei der Krankenkasse zu prüfen.
Die Zuweisungen aus Bundesmitteln für dieses Erstattungsverfahren hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Bundesversicherungsamt zur selbständigen Bewirtschaftung zugewiesen. Das Bundesversicherungsamt hat die Bewirtschaftung den zuständigen Landesaufsichtsbehörden übertragen, die die Mittel dann an die vom Land bestimmten Erstattungsbehörden weiterleiteten. Wenngleich die Fallzahlen abgenommen haben, mussten zur Aufrechterhaltung des Erstattungsverfahrens auf allen Verwaltungsebenen entsprechende Verwaltungsstrukturen vorgehalten werden, die nunmehr entfallen können.
5.3.5. Verbänderecht, Aufsicht
Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:
Durch die Klarstellung der Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entsteht den Trägern der Stellen kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

§ 274 SGB V-Prüfung:
Den Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene entstehen für die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien im Rahmen der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die von diesen auch bei Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit refinanziert werden, geringfügige jährliche Belastungen, da die Beauftragung im Prüfturnus von fünf Jahren lediglich in besonderen Fällen erfolgen soll.
Musterkassenordnung:
Durch die Verpflichtung zur Erstellung einer Musterkassenordnung entstehen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt geringfügige Mehrausgaben zur Abstimmung der Musterkassenordnung. Der zusätzliche Aufwand wird sich auf unter 100 000 Euro für die Abstimmung und für den weiteren Aktualisierungsbedarf bei Rechtsänderungen belaufen. Bei den Krankenkassen reduzieren sich im Gegenzug die Kosten zur Erstellung einer Kassenordnung, da allenfalls Abweichungen von der Musterkassenordnung geregelt und den Aufsichtsbehörden angezeigt werden müssen. Bei Übernahme der Musterkassenordnung entfällt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden der aufwendige Prüf- und Abstimmungsprozess vollständig, der bisher bei jeder einzelnen Kassenordnung notwendig ist. Auf Basis einer Musterkassenanordnung wären von den Aufsichtsbehörden lediglich Abweichungen im Einzelfall zu prüfen und abzustimmen. Die Kosten werden sich allein beim Bundesversicherungsamt um rund 90 Prozent von derzeit 191 100 Euro auf 13 600 reduzieren. Die Kostenersparnis bei den Krankenkassen ist abhängig von der Übernahme der Regelungen der Musterkassenordnung und kann daher nicht quantifiziert werden.
Vorstandsverträge:
Durch die Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht zur Vorstandsvergütung für alle Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Regelungen zu den Vorstandsdienstverträgen der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene, die der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehen, entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.
5.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht
Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:
Bürgerinnen und Bürgern als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht durch die Berücksichtigung von einmaligen Abfindungen und Entlassungsentschädigungen bei der Familienversicherung nur geringer zusätzlicher Aufwand, da sie bereits nach geltender Rechtslage laufende Abfindungszahlungen nachzuweisen haben.
Für die Krankenkassen entsteht kein Umstellungsaufwand, da laufende Abfindungszahlungen seit jeher als Gesamteinkommen zu berücksichtigen waren und die Krankenkassen im Rahmen ihrer Verfahrensabläufe sicherzustellen hatten, dass die Familienversicherung bei Überschreiten der Einkommensgrenze nicht durchzuführen war. Für einmalige Abfindungszahlungen können diese Prozesse gleichermaßen genutzt werden.
Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:
Die Voraussetzungen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern können nunmehr durch den Nachweis der Aufnahme des Kindes in den Haushalt des Mitglieds erfüllt werden. Dadurch werden Bürgerinnen und Bürger als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung entlastet, da der bisher zwingend erforderliche regelmäßige Nachweis der wirtschaftlichen Verhältnisse innerhalb der Familiengemeinschaft entfällt. Der Regelfall der Familienversicherung ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und eingetragenen Lebenspartnern von Mitgliedern. Die Aufnahme von Stiefkindern und Enkeln ist ein Ausnahmefall, so dass von einer vergleichsweise geringen Fallzahl auszugehen ist. Die Regelung reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung. Die Krankenkassen mussten den bisher allein vorausgesetzten überwiegenden Unterhalt immer dann beurteilen und neu feststellen, wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse innerhalb der Familiengemeinschaft und infolgedessen der Unterhaltsbedarf des Einzelnen geändert hat. Diese Prüfung entfällt künftig, sofern die Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds festgestellt werden kann.
Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:
Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.
Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:
Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.
Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezügen bei Waisenrentnern:
Durch die Regelung entsteht den Krankenkassen kein nennenswerter zusätzlicher Verwaltungsaufwand.
Rente und Versorgungsbezug:
Durch die Regelung entsteht den Krankenkassen ein zusätzlicher nicht bezifferbarer, aber gering einzuschätzender Verwaltungsaufwand durch die rückwirkende Aufhebung und Neufestsetzung der Beiträge unter Berücksichtigung der Nachzahlungen.
Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:
Bürgerinnen und Bürger als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden dadurch entlastet, dass die Zahlungspflicht künftig die Zahlstelle trifft und sie nicht mehr sicherzustellen haben, dass der durch Bescheid der Krankenkasse festgestellte Beitrag aus Versorgungsbezügen jeweils rechtzeitig gezahlt wird. Da im Normalfall ein Versorgungsbezug und der Rentenbezug gleichzeitig beginnen oder nur um wenige Monate voneinander abweichen, ist von einer geringen Fallzahl auszugehen.
Kleinere Zahlstellen von Versorgungsbezügen, die künftig das Zahlstellenverfahren durchführen müssen, werden ausgehend von heutigen informationstechnologischen Möglichkeiten nur geringfügig belastet.

Die vollständige Einbeziehung kleinerer Zahlstellen in das Zahlstellenverfahren reduziert den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen nicht nur hinsichtlich der wegfallenden Genehmigung der bisherigen Ausnahmeregelung. Der Verwaltungsaufwand wird ferner dadurch reduziert, dass die Beiträge (aus den von den kleineren Zahlstellen gezahlten Versorgungsbezügen) künftig nicht mehr durch Bescheid gegenüber dem Versicherten festgesetzt und der Beitragseinzug beim Versicherten nicht mehr überwacht werden muss. Insgesamt handelt es sich jedoch um Ausnahmefälle, sodass von einer geringen Fallzahl auszugehen ist. Gleichzeitig werden die betroffenen Zahlstellen insofern entlastet, als das Verfahren vereinheitlicht wird und die Beantragung der Ausnahme entfällt.
AAG:
Durch die klarstellende Regelung der in der Praxis über viele Jahre erfolgten Auslegung zur Nichtteilnahme der arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten an den Umlageverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz werden weiterhin für die anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderungen Aufwände vermieden, die sich aus der Ermittlung der Anzahl der in arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnissen tätigen Menschen mit Behinderungen sowie aus der Ermittlung der den Umlagebeiträgen zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen ergeben würden.
Durch die Regelung entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.
5.3.7. Arzneimittelversorgung
Versorgung mit Grippeimpfstoffen:
Die gesetzliche Regelung der Erstattung des Einkaufspreises kann zu einem neuen geringfügigen Erfüllungsaufwand für Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern in den Fällen führen, in denen die Krankenkassen Nachweise zu den Preisen von Impfstoffen verlangen. Für die Änderung bei der Ermittlung des Referenzpreises entsteht den pharmazeutischen Unternehmern kein neuer Erfüllungsaufwand.
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:
Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst im Jahr durchschnittlich rund 60 Beschlüsse nach § 35a SGB V. Der Umfang der Beschlüsse unterscheidet sich; er ist unter anderem von der Anzahl der untersuchten Patientengruppen abhängig und lässt sich daher nicht valide vorhersehen. Ausgehend von einer ungefähren Beschlusslänge von 10 000 Zeichen für die Beschlüsse selbst sowie einer ungefähren Länge der Zusammenfassung der tragenden Gründe von 3 000 Zeichen und einem Grundhonorar der Übersetzer von 1,55 Euro für jeweils angefangene 55 Anschläge des schriftlichen Textes (gemäß § 11 Absatz 1 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes) ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss von rund 22 000 Euro zu rechnen.
Zahnärzte:
Für Zahnärztinnen und Zahnärzte entsteht durch die Veröffentlichung der Richtlinien der BZÄK zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde eine Entlastung durch den teilweise zeitlich aufwändigen Wegfall eigener Recherchen, die nicht näher bestimmt werden kann.
Für die BZÄK entsteht Erfüllungsaufwand durch den Auftrag in den neuen §§ 12a Absatz 3 und 18 Absatz 3 TFG, Feststellungen zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und die Anwendung von Blutprodukten, die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten und ihre Überwachung durch die Zahnärzteschaft etc. im Bereich der Zahnheilkunde zu treffen. Dieser dürfte von geringerem Umfang sein. Zum einen ist es ohnehin Aufgabe der BZÄK, als Standesorganisation der Zahnärzte den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde in Richtlinien und Leitlinien festzustellen. Zum anderen hat die BZÄK bereits Vorarbeiten im Rahmen der Veröffentlichung des Standes der Wissenschaft und Technik nach § 28 TFG in den Zahnärztlichen Mitteilungen geleistet, so dass keine grundständig neu zu bewältigende Aufgabe anfällt.
Für die Bundesverwaltung entsteht beim PEI im Rahmen des Einvernehmens nach den neuen §§ 12a Absatz 3 und 18 Absatz 3 TFG, jeweils in Verbindung mit Absatz 1, ein Mehraufwand. Dieser dürfte aufgrund der bereits stattgefundenen fachlichen Befassung mit den Mitteilungen der BZÄK nach § 28 TFG und der vorliegenden Expertise zu den Richtlinien der BÄK im Bereich der Hämotherapie nach §§ 12a Absatz 1 und 18 Absatz 1 TFG von geringem Umfang sein. Für die Überwachungsbehörden der Länder entsteht kein zusätzlicher Aufwand, weil die Richtlinie der BZÄK die bisherigen Mitteilungen der BZÄK ersetzt.
Großhandelszuschlag:
Die gesetzliche Klarstellung zu den Großhandelszuschlägen für Fertigarzneimittel in der Arzneimittelpreisverordnung führt zu keinem neuen Erfüllungsaufwand für den pharmazeutischen Großhandel.
Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
Durch die Streichung des Wahltarifs entfällt für die gesetzlichen Krankenkassen Erfüllungsaufwand in geringem Umfang.
5.3.8. Krebsregister
Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien durch die klinischen Krebsregister von einem Jahr auf zwei Jahre führt zu keinem erhöhten Erfüllungsaufwand.
5.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)
In den Verbänden und beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit einem geringfügigen Erfüllungsaufwand gerechnet. Durch die Umsetzung ergibt sich auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 35 000 Euro. Nur für einen Teil der bereits am Markt befindlichen ambulanten Leistungserbringer (Pflegedienste, niederschwellige Angebote) ist mit der Inanspruchnahme mehrerer Leistungserbringer gleichzeitig zu rechnen. Für diese ist mit einem zusätzlichen Erfüllungsaufwand in Form der Erfragung und Niederschrift zum Vertrag zu rechnen, der sich aus der nun notwendigen Berücksichtigung aller in Anspruch genommenen Leistungserbringer im

Pflegevertrag und der Bereitstellung von Informationen zum Umwandlungsanspruch nach § 45a Absatz 4 SGB XI ergibt.
5.3.10. Telematik
Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, das in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakte zu schaffen.
Neue Zugriffswege:
Für die Spezifizierung der alternativen Authentifizierungsverfahren mit denen der Versicherte ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen kann entsteht der gematik ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200 000 Euro.
ePA:
Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen. Sie nutzen dabei unterschiedliche Geschäftsmodelle sowie unterschiedliche technische Ansätze und befinden sich erst in Erprobungsphasen. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene Patientenakte anzubieten, wird darauf hingewirkt, dass für alle gesetzlich Versicherten Patientenakten ins Gesundheitssystem eingeführt werden, die sektorenübergreifend bei allen Leistungserbringern und auch kassenübergreifend nutzbar sind. Die Einführung von Patientenakten für alle Versicherten hat zusätzliche Ausgaben bei den Krankenkassen zur Folge. Diese können jedoch noch nicht quantifiziert werden. Sie hängen zum einen insbesondere von den grundlegenden Anforderungen an die Patientenakte ab, die von der Gesellschaft für Telematik auf Grundlage der bereits geltenden gesetzlichen Regelungen bis Ende 2018 festzulegen sind. Zum anderen hängen die Ausgaben der Krankenkassen von den Preisen ab, zu denen die Industrie diese Patientenakten bzw. die Anpassung bestehender Aktensysteme den Krankenkassen in Abhängigkeit von der Anzahl der Versicherten oder in Abhängigkeit vom Umfang der Inanspruchnahme durch die Versicherten anbieten wird.
Störungsmeldungen:
Durch die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen der Telematikinfrastruktur zu informieren, entsteht nur geringfügiger Erfüllungsaufwand.
5.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)
Durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137e SGB V, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, kann für den Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere in denjenigen Fällen ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen, in denen die Erprobung nicht zur Aufnahme der Methode in die ambulante Regelversorgung führt und damit keine Kostenbeteiligung der Medizinprodukthersteller mehr erfolgt. Da der G-BA bereits eine vorgelagerte Potentialbewertung durchgeführt hat, wird davon auszugehen sein, dass nur Methoden mit Aussicht auf erfolgreiche Erprobungen und damit Verbesserungen der Versorgung Gegenstand einer Erprobung werden. Da allerdings nicht abschätzbar ist, ob und in welchem Umfang es zu Erprobungen mit negativem Ergebnis kommen wird und auch die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung von den medizinischen und methodischen Anforderungen des Einzelfalls abhängen, kann der Mehraufwand nicht näher quantifiziert werden. Die Kostenschätzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der bisher beschlossenen Erprobungsrichtlinien mit Herstellerbeteiligung belaufen sich auf durchschnittliche Gesamtkosten pro Studie in Höhe von etwa 2 Millionen Euro über die gesamte Studienlaufzeit, die der G-BA in bestimmten Fällen auch bisher anteilig je nach dem Umfang der angemessenen Kostenbeteiligung der Hersteller zu tragen hat.
Denkbar ist eine Entlastung durch eine nun gesetzlich ebenso mögliche und vollständig herstellerfinanzierte Studienbeauftragung in eigener Verantwortung anstelle der Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Es kann nicht verlässlich prognostiziert werden, wie viele Hersteller von dieser Möglichkeit der eigenständigen Beauftragung Gebrauch machen werden.
Durch die bestehende Verknüpfung des Verfahrens zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V mit dem Verfahren zur Erprobung nach § 137e SGB V gelten die dargestellten Erwägungen hier entsprechend. Für die beteiligten Hersteller ergibt sich aus der vorgesehenen Informationspflicht zur Übermittlung der Sicherheitsberichte sowie weiterer nach dem Inverkehrbringen gewonnener Daten aus klinischen Prüfungen an den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten. Diese Kosten sind gering, weil die Daten bei den Herstellern vorliegen und lediglich an den G-BA weiterzuleiten sind.
Durch die Optimierung der Beratung beim G-BA zu dem Verfahren nach § 137h SGB V, insbesondere die Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf Wunsch der Beratungsinteressenten, entsteht insbesondere für die Institute ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser wird durch die Einführung einer Gebührenpflicht der Hersteller für die Inanspruchnahme der optimierten und erweiterten Beratungsmöglichkeiten kompensiert. Die konkrete Ausgestaltung der Beratung einschließlich der Gebührenerhebung erfolgt durch den G-BA, so dass eine nähere Quantifizierung gegenwärtig nicht möglich ist.
5.3.12. Psychotherapeutische Versorgung
Durch die Regelungen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.
6. Weitere Kosten
Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs

der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert gemäß § 75 Absatz 1a SGB V die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote und berichtet darüber jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit.

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.

Im Übrigen ist keine Befristung oder Evaluierung der Regelungen erforderlich.

B. Besonderer Teil

Anmerkung: Die Begründungen zu Artikel 1 und 2 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 3 bis 17 im Anhang wiedergegeben.

Anlage 1

Gesetzentwurf – Anmerkung: nicht wiedergegeben.

b) Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (NKR-Nr. 4553, BMG)

Anlage 2

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger Jährliche Entlastung (Sachkosten) ab 1. Januar 2021	Mind. -43 Mio. Euro (ein Euro je Fall)
Wirtschaft	Geringfügige Auswirkungen
Verwaltung (Behörden, Selbstverwaltung)	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	Geringfügige Auswirkungen
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	Rund 300.000 Euro
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	Rund 9 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	Geringfügige Auswirkungen

Evaluierung	Die Grundlage für die Evaluierung wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (in Kraft getreten 2015), mit dem die Terminservicestellen eingerichtet wurden, geschaffen. Gemäß § 75 Abs. 1a SGB V evaluiert demnach die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Die Ergebnisse berichtet sie jährlich (erstmalig zum 30. Juni 2017) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Diese fortlaufende Evaluierung schließt die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen ein. Zudem überprüft das BMG die Wirkung der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 (Keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand).
Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Mit dem Regelungsvorhaben sollen in Form eines Sofortprogramms die Leistungen und der Zugang zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung für gesetzlich Versicherte mit Hilfe verschiedener Maßnahmen verbessert werden. Das sind u.a.:

- Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen

Künftig sollen sie sieben Tage in der Woche 24 Stunden über die einheitliche Rufnummer 116117 erreichbar sein und über ihren bestehenden Auftrag (Facharzt- bzw. Psychotherapeutentermine innerhalb von vier Wochen zu vermitteln) hinaus auch Hausarzt-, Kinderarzttermine sowie eine unmittelbare ärztliche Versorgung in Akutfällen auch während Praxissprechzeiten vermitteln. Zudem sollen sie Versicherten bei der Suche eines dauerhaft behandelnden Haus- sowie Kinder- und Jugendarzt unterstützen. Das Angebot, Termine auch online oder via App vereinbaren zu können, wird ebenfalls gestärkt.

- Sprechstundengebot und Mindestsprechstunden

Derzeit wird im Bundesmantelvertrag Ärzte in § 17 Absatz 1a durch die Festlegung der Mindestsprechstundenzahl von 20 Stunden/Woche näher definiert, was mit der vertragsärztlichen Tätigkeit in Vollzeit gemeint ist. Eine solche Konkretisierung wird bisher weder im SGB V noch in der Zulassungsordnung für Vertragsärzte vorgenommen. Um den Zugang zur medizinischen Versorgung für gesetzlich Versicherte einheitlich zu verbessern, wird nun in der Zulassungsverordnung Ärzte die Mindestsprechstundenzahl definiert und von den bisher im Bundesmantelvertrag festgelegten 20 Stunden auf 25 Stunden in der Woche angehoben.

Zudem müssen grundversorgende und wohnortnahe Arztgruppen künftig mindestens 5 Stunden in der Woche als offene Sprechstunden (ohne vorherige Terminvereinbarung) anbieten. Diese werden unter bestimmten Voraussetzungen (wenn diese z.B. zusätzlich zu 20 Sprechstunden in der Woche angeboten werden) mit einem extrabudgetären Vergütungsanreiz flankiert. Grundversorgende und wohnortnahe Arztgruppen sind z.B. Augenärzte, Gynäkologen und Orthopäden.

Die bereits geltende Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Einhaltung des Versorgungsauftrages und der Mindestsprechzeiten (gegenwärtige nach Bundesmantelvertrag 20 Stunden/Woche) zu prüfen, wird vereinheitlicht. Künftig haben sie die Einhaltung anhand der abgerechneten Fälle und der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand zu überprüfen. Zudem sind die Ergebnisse ihrer Prüfung wie bisher nicht nur an die Landes- und Zulassungsausschüsse der KVen zu senden, sondern auch an die zuständige Aufsichtsbehörde (bisher nur auf Anforderung) jeweils zum 30. Juni des Jahres.

- Vergütungsanreize
- Bestimmte Leistungen und bestimmter Zugang für gesetzlich Versicherte zu haus- und fachärztlicher Versorgung sollen mit extrabudgetärer Vergütung verbessert und gefördert werden.
- Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch
  - Zahlung regionaler Zuschläge bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung,
  - Stärkung der Strukturfonds der KV,
  - Erweiterung und Flexibilisierung der Befugnis für die KV, die vertragsärztliche Versorgung mit einer Eigeneinrichtung sicherzustellen,
  - Für medizinische Versorgungszentren werden die gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt und bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt,
  - Ergänzung des Überprüfungsauftrags der Bedarfsplanungs-Richtlinie aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie
  - Änderung der Schiedsregelungen und Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente auf Grundlage eines Rechtsgutachtens.
- Telematik
  - Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz wurden die elektronischen Patientenakte sowie Gesundheitsakten eingeführt. Zudem wurde die Gesellschaft für Telematik mit dem sog. E-Health-Gesetz verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakte zu schaffen. Diese sah bisher nur den Zugriff der Patienten (u.a.) über die elektronische Gesundheitskarte vor. Künftig soll Patienten auch ein mobiler Zugang (z.B. über eine App) ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die elektronische Patientenakte ermöglicht werden. Einige Krankenkassen haben für ihre Patienten bereits individuelle Patientenakten zur Verfügung gestellt. Mit vorliegendem Regelungsentwurf wird den Krankenkassen nun die verpflichtende Einführung bis zum 1. Januar 2021 vorgegeben, so dass für alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen eine elektronische Patientenakte eingeführt wird. Die Gesellschaft für Telematik wird in diesem Zusammenhang verpflichtet, das Authentifizierungsverfahren zu spezifizieren.
  - Patientinnen und Patienten wird es ab dem 1. Januar 2021 ermöglicht, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) auch auf dem elektronischen Weg an die Krankenkassen zu senden (eAU).
  - Für genehmigungspflichtige zahnärztliche (z.B. kieferorthopädische, parodontologische) Leistungen wird ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren ermöglicht. Die Umstellung von einem papiergebundenen auf ein elektronisches Verfahren hatten die Teilnehmer des NKR-Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“, der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, im Abschlussbericht des Projektes vorgeschlagen und empfohlen. Gegenstand des Vorschlags war dort jedoch zunächst ausschließlich der parodontologische Leistungsbereich. Die Bundesmantelvertragspartner haben sich jedoch im weiteren Verlauf der Klärung zu den Umsetzungsdetails auf eine Ausweitung des elektronischen Verfahrens auf alle genehmigungspflichtigen zahnärztlichen Leistungen geeinigt. Mit der Regelungsänderung werden dieser Entschluss und die vorangeschrittene Vorbereitung der Umstellung auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Die Bundesmantelvertragspartner werden dazu verpflichtet, Näheres zum Verfahren bis zum 31. Dezember 2019 im Bundesmantelvertrag zu regeln. Die Umstellung von einem papiergebundenen auf ein elektronisches Verfahren ermöglicht eine Verkürzung des Abstimmungszeitraums zwischen Zahnärzten und Krankenkassen. Somit erhalten die gesetzlich Versicherten schneller Information über die Entscheidung der Krankenkasse, was zu einem schnelleren Behandlungsbeginn führen kann.
- Vereinfachung der Verfahren zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137e SGB V) und der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen (§ 137h SGB V)

  Medizinprodukthersteller erhalten künftig die Wahlfreiheit, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung anstelle des G-BA auf eigene Kosten selbst beauftragen zu können. Das bisherige Abstimmungsverfahren mit dem G-BA zu der Kostenübernahme im Vorfeld (ausführliche Erklärung durch den Medizinprodukthersteller) entfällt dann. Wird der G-BA wie bisher beauftragt, finanziert dieser die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung umfassend vor. Die Beteiligung des Medizinprodukteherstellers an den Kosten erfolgt erst nach der Erprobung, wenn die Methode in die ambulante Regelversorgung aufgenommen wird. Die Angemessenheit richtet sich weiterhin nach dem Einzelfall. Auf diese Weise sollen die Verfahren zur Erprobung beschleunigt und innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden schneller in die Versorgung der Versicherten eingebracht werden können. Aufgrund des mit der EU-Verordnung 2017/745 weiterentwickelten Konformitätsbewertungsverfahren für Medizinprodukte kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung durch den G-BA als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden. Die Potenzialfeststellung ist durch den Hersteller nachzuweisen. Erst wenn sich aus den vom Medizinprodukthersteller vorgelegten Unterlagen der Nutzen, ein möglicher Schaden oder eine Unwirksamkeit der Methode als nicht belegt erweist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Diese Leistungserbringung ist beim GKV abrechenbar. Zudem bieten künftig das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus Beratungsleistungen für Medizinprodukthersteller in diesem Zusammenhang an. Diese Beratungsleistungen werden über Gebühren kompensiert. Näheres regelt der G-BA.

Darüber hinaus werden weitere Einzelmaßnahmen u.a. in der zahnärztlichen Versorgung, im allgemeinen Leistungsrecht und in der Arzneimittelversorgung geregelt.

II.1 Erfüllungsaufwand

Das Ressort hat die Berechnungen zum Erfüllungsaufwand nachvollziehbar vorgelegt.

Bürgerinnen und Bürger

Jährliche Entlastung

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht eine Entlastung von mindestens 43 Mio. Euro ab dem 1. Januar 2021. Künftig können sie AU-Bescheinigungen auch elektronisch an die Krankenkassen versenden. Das Ressort hat hierbei eine recht konservative Schätzung vorgenommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Entlastung höher liegt. Dies hängt jedoch zum einen von der Fallzahl an AU-Bescheinigungen im Jahr und von der Häufigkeit der Übersendung dieser ab. Die Entlastung ergibt sich durch den Wegfall der Portokosten.

Übrige Änderungen haben nur geringe Auswirkungen auf den jährlichen Erfüllungsaufwand von Bürgerinnen und Bürgern.

Einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht nicht.

Wirtschaft
Für die Wirtschaft ergibt sich ebenfalls nur geringer einmaliger und jährlicher Erfüllungsaufwand.
Dies trifft auch auf die Anhebung der Mindestsprechstunden von 20 auf 25 Stunden in der Woche zu. Untersuchungen belegen, dass mind. 80 Prozent der vertragsärztlichen Praxen bereits 25 und mehr Sprechstunden in der Woche anbieten. Seitens der Ärzteschaft wird daher das definierte Ziel, dadurch u.a. eine flächendeckendere Versorgungsverbesserung zu erreichen, kritisiert. Für die übrigen Praxen kann einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der jeweiligen Medien hinsichtlich der geänderten Praxiszeiten entstehen. Zudem kann es erforderlich sein, die Arbeitszeiten des Praxispersonals zu erhöhen, soweit dies in der Praxisorganisation notwendig ist.
Für die beteiligten Hersteller am Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V ergibt sich aus der vorgesehenen Informationspflicht zur Übermittlung der Sicherheitsberichte sowie weiterer nach dem Inverkehrbringen gewonnener Daten aus klinischen Prüfungen an den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten. Diese Kosten beruhen auf Vorgaben der EU-Verordnung 2017/745 und sind gering, weil die Daten bei den Herstellern vorliegen und lediglich an den G-BA weiterzuleiten sind.
Verwaltung (Bund, Länder/Kommunen, Selbstverwaltung)
Bund
Einmaliger Erfüllungsaufwand
Für die Gesellschaft der Telematik entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 200.000 Euro für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte. Über die bisherige Regelung, die elektronische Patientenakte über die elektronische Gesundheitskarte bereitzustellen, soll Patienten künftig auch ein mobiler Zugang (z.B. über eine App) ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ermöglicht werden. Im Übrigen entsteht kein Erfüllungsaufwand in diesem Zusammenhang.
Dem GKV-Spitzenverband sowie dem Bundesversicherungsamt entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von höchstens 100.000 Euro für die Erstellung einer Musterkassenordnung und der entsprechenden Abstimmung dazu.
Jährlicher Erfüllungsaufwand
Das Regelungsvorhaben hat darüber hinaus nur geringe Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Bundesverwaltung und der Selbstverwaltung auf Bundesebene.
Durch die Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse) ist eine Entlastung durch eine nun gesetzlich ebenso mögliche und vollständig herstellerfinanzierte Studienbeauftragung in eigener Verantwortung anstelle der Beauftragung durch den G-BA denkbar. Das Ressort kann jedoch nachvollziehbar nicht verlässlich prognostizieren, wie viele Hersteller von dieser Möglichkeit der eigenständigen Beauftragung Gebrauch machen werden.
Länder, Kommunen (Selbstverwaltung)
Jährlicher Erfüllungsaufwand
Den höchsten Erfüllungsaufwand mit insgesamt rund 9 Mio. Euro löst die Erweiterung der Terminservicestellen bei den 17 KV aus. Künftig sollen diese 24 Stunden an sieben Tagen der Woche erreichbar sein und zusätzliche Terminvereinbarungen auch auf dem elektronischen Wege (online) vermitteln. Neben der Erweiterung der Servicezeiten werden sich aufgrund der Erweiterung der Aufgaben auch die Kontakte erhöhen. Das Ressort hat dem NKR die nachvollziehbare Herleitung dieser Kosten vorgelegt.
Im Zuge der Erstellung einer Musterkassenordnung durch den GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt werden die Krankenkassen entlastet, da sie nunmehr keine eigene Kassenordnung mehr erstellen müssen und lediglich Abweichungen von der Musterkassenordnung regeln und entsprechend bei den Aufsichtsbehörden (prüft) anzeigen müssen. Sofern die Krankenkassen die Musterkassenordnung vollständig übernehmen, entfallen der entsprechende Abstimmungsbedarf und der Prüfungsaufwand der Aufsichtsbehörden vollständig.
Das Regelungsvorhaben hat darüber hinaus nur geringe Auswirkungen auf den jährlichen und einmaligen Erfüllungsaufwand der Landesverwaltung und der Selbstverwaltung auf Landesebene.
II.2 Evaluierung
Die Grundlage für die Evaluierung wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (in Kraft getreten 2015), mit dem die Terminservicestellen eingerichtet wurden, geschaffen. Gemäß § 75 Abs. 1a SGB V evaluiert demnach die KBV die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Die Ergebnisse berichtet sie jährlich (erstmalig zum 30. Juni 2017) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Diese fortlaufende Evaluierung schließt die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen ein.
III. Ergebnis
Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

c) Stellungnahme des Bundesrates

Anlage 3
Der Bundesrat hat in seiner 972. Sitzung am 23. November 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zum Gesetzentwurf allgemein**
   a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit, fernmedizinische Behandlungen anzubieten, unterstützt wird. Um dauerhaft einen Nutzen aus den Angeboten der Fernbehandlung für die Versicherten zu erzielen, bedarf es zusätzlich der Möglichkeit der digitalen Rezeptvergabe auch ohne Arztbesuch. Aber auch unabhängig von den Entwicklungen auf dem Gebiet der fernmedizinischen Behandlungsangebote ist es vor dem Hintergrund der Digitalisierung im Gesundheitswesen an der Zeit, die notwendigen Grundlagen für die digitale Rezeptvergabe zu schaffen. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, zeitnah eine gesetzliche Regelung zur digitalen Rezeptvorgabe auf den Weg zu bringen.
   b) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren um Prüfung
      aa) der Verankerung des Einsatzes von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern im Krankenhaus als Qualitätskriterium zur Stärkung der Patientensicherheit im Rahmen der Arzneimitteltherapie und
      bb) der Refinanzierung des Einsatzes von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern im Krankenhaus als Teil der Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes
      im Sozialgesetzbuch V oder einer anderen Rechtsvorschrift.

   Begründung zu Buchstabe b:
   Die Einführung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern ist ein wichtiger Beitrag für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit und damit auch für ein Mehr an Patientensicherheit in einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung. Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker soll im interdisziplinären Team mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie beitragen.
   Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sehen im Sinne der Patientensicherheit auch die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) als zentrales Kriterium einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung an.
   In diesem Sinne hat die GMK das BMG gebeten zu prüfen, ob und wie die ländereigenen Regelungen durch Regelungen auf Bundesebene unterstützt werden können, insbesondere im Krankenhausbereich zum Beispiel durch Regelungen zur Hinzuziehung von Apothekerinnen und Apothekern für das Medikationsmanagement im Rahmen der patientenindividuellen Arzneimitteltherapie auf den Stationen, durch die verbindliche Einrichtung von Arzneimittelkommissionen und durch die verbindliche Nutzung von Medikationsdatenbanken bei Polymedikation (Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz).
   Nach § 136 SGB V bestimmt der G-BA in seinen Richtlinien für zugelassene Krankenhäuser verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA werden dazu auch Regelungen für die Arzneimitteltherapiesicherheit gefordert. Danach ist „Arzneimitteltherapiesicherheit die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln
   – vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren,
   – durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind, und
   – sicherstellen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.“.

2. **Zu Artikel 1 Nummer 10** (§ 27a Absatz 4 SGB V)
   Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung in das SGB V aufzunehmen, die die Erstattung sämtlicher bei der rechtmäßigen Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik anfallenden Kosten (sowohl für die künstliche Befruchtung als auch für die genetische Untersuchung) durch die gesetzliche Krankenversicherung vorsieht.
   Begründung:
   Artikel 1 Nummer 10 TSVG sieht eine Änderung von § 27a SGB V vor. Künftig sollen Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazu gehörigen Maßnahmen haben. Der Gesetzentwurf sollte genutzt werden, um neben dieser Änderung eine Regelungslücke im Bereich des SGB V zu schließen, die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) vom 21. November 2011 besteht.
   Mit diesem Gesetz wurde § 3a in das Embryonenschutzgesetz eingefügt, wonach die PID unter engen Voraussetzungen zulässig ist. Es besteht daher seitdem grundsätzlich die Möglichkeit, in bestimmten Fällen eine PID durchzuführen. Betroffene können diese Möglichkeit allerdings nur dann wahrnehmen, wenn sie in der Lage sind, die damit verbundene hohe finanzielle Hürde zu überwinden. Die Durchführung einer PID führt zu einer erheblichen finanziellen Belastung der Betroffenen, da einerseits die Kosten für die künstliche Befruchtung (IVF-Behandlung) und anderseits die Kosten für die genetische Untersuchung der Embryonen zu tragen sind. Die Höhe der Kosten für eine PID bewegt sich dabei zwischen 2 000 Euro und 5 000 Euro, abhängig von der Indikation für die Durchführung der PID (monogenetische Erkrankung, Translokation oder sonstige Chromosomenveränderung). Hinzu kommen die Kosten für die bei einer PID immer zusätzlich erforderliche künstliche Befruchtung, welche sich pro Zyklus noch einmal auf circa 5 000 Euro belaufen. Sofern nicht bereits der erste Embryonentransfer erfolgreich verläuft, was bei circa der Hälfte der durchgeführten PIDen der Fall ist, erhöht sich diese Summe bei weiteren Transfers wesentlich.

Bisher besteht gemäß § 27a SGB V kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die künstliche Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für Versicherte unter 25 Jahren sowie für Frauen über 40 Jahren und für Männer über 50 Jahren. Zudem werden die Kosten für die künstliche Befruchtung, die im Rahmen der Durchführung einer PID zwingend notwendig ist, nur für infertile Paare hälftig übernommen, wenn die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Für fertile Paare ergibt sich daraus eine Schlechterstellung. Nach einem Urteil des Bundesozialgerichts vom 18. November 2014 – B 1 KR 19/13 R – ist eine Übernahme der Kosten für die Durchführung einer PID nicht möglich, weil diese bisher keine Leistung der GKV ist. Dies gilt gleichermaßen für fertile und infertile Paare.

Eine vollständige Übernahme der Kosten sämtlicher bei der Durchführung einer PID anfallenden Kosten durch die GKV würde zur Entlastung der betroffenen, gesetzlich versicherten Frauen beziehungsweise Paare führen. Da es nach den bisherigen Antragszahlen deutschlandweit um circa 200 Fälle im Jahr geht, sollten sich die Mehrkosten für die GKV in einem vertretbaren Rahmen halten. Eine grobe Schätzung, welcher Angaben der bayerischen PID-Zentren zu Kosten und Häufigkeit von weiteren Versuchen sowie die bisherigen, deutschlandweiten PID-Antragszahlen zugrunde gelegt wurden, hat ergeben, dass mit rund 2,6 Millionen Euro pro Jahr (2,7 Millionen Euro, berücksichtigt man auch die Kosten der Ethikkommissionen), großzügig aufgerundet mit 3 Millionen Euro Gesamtkosten pro Jahr gerechnet werden kann.

Damit würde eine Gleichbehandlung von fertilen und infertilen Paaren herbeigeführt und die finanzielle Hürde für die Inanspruchnahme der PID beseitigt. Es sollte daher der Leistungskatalog der GKV im SGB V sowohl in Bezug auf die Kosten der künstlichen Befruchtung als auch in Bezug auf die Kosten der PID erweitert werden. Dies gilt auch für Versicherte, die zwar nicht infertil sind, jedoch die PID aufgrund anderer medizinischer Ursachen durchführen lassen wollen. Denn die Betroffenen können die PID ausschließlich nach Durchführung einer IVF-Behandlung vornehmen lassen und Anlass für die Durchführung der PID ist letztlich stets eine medizinische Indikation.

Schließlich ist unter Heranziehung des Präventionsgedankens zu berücksichtigen, dass bei betroffenen Paaren die psychisch höher belastende Alternative ein Schwangerschaftsabbruch nach Fruchtwasseruntersuchung wäre. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch oftmals lange mit psychischen Leiden zu kämpfen haben.

Vor diesem Hintergrund wird um die Aufnahme einer Regelung in das SGB V gebeten, die die Erstattung sämtlicher bei der rechtmäßigen Durchführung einer PID anfallenden Kosten (sowohl für die künstliche Befruchtung als auch für die genetische Untersuchung) durch die GKV vorsieht. Daneben ist zu erwarten, dass eine Verbesserung im Leistungsrecht der GKV durch entsprechende Anwendung auch Beihilfeberechtigten sowie Versicherten der privaten Krankenversicherung zu Gute kommen wird.

3. **Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu –** (§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

‚12a. In § 31 Absatz 1a Satz 2 werden die Wörter „eine Wunde feucht hält“ durch die Wörter „weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt“ ersetzt.‘

Begründung:

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wurde in § 31 Absatz 1a SGB V erstmals definiert, was unter einem Verbandmittel zu verstehen ist mit der Konsequenz, dass nur Produkte, die unter die Verbandmitteldefinition fallen, grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnet werden können. Zur Umsetzung dieser Regelung hatte der G-BA eine Regelung zur Abgrenzung der Verbandmittel zu sonstigen Produkten der Wundbehandlung zu beschließen.

Die daraufhin am 19. April 2018 durch den G-BA beschlossene Änderung der Arzneimittelrichtlinie geht jedoch weit über eine reine Ausfüllung des § 31 Absatz 1a SGB V hinaus und stellt eine inhaltliche Einschränkung des dort festgelegten Leistungsanspruches dar.

Das BMG hat deswegen den Beschluss des G-BA mit Schreiben vom 27. Juni 2018 teilweise beanstandet und seine Beanstandung unter anderem damit begründet, dass durch den Beschluss eine selbständige, inhaltlich eingrenzende Bestimmung des Verbandmittelbegriffs vorgenommen werde, für die es keine Ermächtigungsgrundlage gäbe.

Das BMG begründet seine Entscheidung zudem damit, dass durch die vom G-BA vorgenommene Definition der therapeutischen Wirkung der Verbandmittelbegriff enger gefasst werde, als es der Gesetzgeber in Gesetzeswortlaut und -begründung vorgesehen habe. Eine vollständige Ausgrenzung von Verbandmitteln mit ergänzenden, nicht physikalischen therapeutischen Wirkungen auf die Wundheilung könne weder dem Gesetzestext selbst, noch dem Willen des Gesetzgebers entnommen werden. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Die Verbandmitteleigenschaft entfällt aber nicht, wenn der Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise indem er eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend beziehungsweise antimikrobiell wirkt“ (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Seite 26).

Durch die vom G-BA vorgenommene Abgrenzung der therapeutischen Wirkung seien laut Schreiben des BMG auch Gegenstände, die antimikrobiell im Sinne einer bakteriziden/bakteriostatischen, auf pharmakologische Wirkungen basierenden Eigenschaft wirkten, kein Verbandmittel mehr und folglich grundsätzlich nicht verordnungsfähig.

Der Bundesrat hatte in seiner damaligen Stellungnahme zum HHVG gefordert, die Definition der Verbandmittel hinsichtlich der weiteren Wirkungen, welche für eine Verbandmitteleigenschaft unschädlich sind, weiter zu fassen, um die in der Begründung zum Gesetzentwurf als Motivation für die Neuregelung genannte Rechtssicherheit zu erreichen (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Anlage 3, Seite 47). Hierzu hatte der Bundesrat seinerzeit folgende Formulierung des § 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V vorgeschlagen:

„Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt."

Die Forderung des Bundesrates, die Legaldefinition der Verbandmittel weiter zu fassen, lehnte die Bundesregierung damals mit folgender Begründung ab (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Anlage 4, Seite 52): „Schon durch die Verwendung des Wortes „Hauptwirkung" im neu eingefügten § 31 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird deutlich, dass weitere Wirkungen nicht zwingend dazu führen, dass ein Gegenstand nicht als Verbandmittel eingeordnet werden kann. Die Eigenschaft als Verbandmittel besteht insbesondere auch dann, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde auch feucht hält. Eine Ergänzung der Definition wird vor dem Hintergrund der Ausführungen in der Gesetzesbegründung als nicht notwendig erachtet."

Die vom G-BA am 19. April 2018 beschlossene Änderung der Arzneimittelrichtlinie sowie die Teilbeanstandung dieses Beschlusses durch das BMG zeigen, dass eine gesetzliche Ergänzung erforderlich und sachgerecht ist, um den gesetzgeberischen Willen vollumfänglich Rechnung zu tragen. Dies gilt umso mehr, als der G-BA zwischenzeitlich Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg gegen die Teilbeanstandung seines Beschlusses vom 19. April 2018 durch das BMG erhoben hat. Um bei diesem für den Versorgungsanspruch der Versicherten auf Verbandmittel zentralen Gesichtspunkt für die Zukunft Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erlangen, ist es zielführend, den Gesetzeswortlaut des § 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V künftig wie bereits vom Bundesrat zum HHVG gefordert, zu fassen. Durch diese Änderung wird klargestellt, dass der Einordnung eines Produktes als Verbandmittel nicht entgegensteht, wenn das Verbandmittel weitere ergänzende Wirkungen besitzt, die der Wundheilung dienen. Auf welche Weise diese Wirkungen erreicht werden kann (physikalisch, pharmakologisch und so weiter), spielt hierbei keine Rolle. Bei der Abgrenzung der Hauptwirkung zu weiteren ergänzenden Wirkungen sind die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes zu beachten.

4. **Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a** (§ 37b Absatz 4 Satz 1 SGB V) **und Buchstabe b – neu –** (§ 37b Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

‚16. § 37b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach" gestrichen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben." '

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Entspricht der Vorlage.

Zu Buchstabe b:

Die Beibehaltung der Berichtspflicht wird begrüßt. Das gilt insbesondere deshalb, weil die Auswirkungen der durch das Hospiz- und Palliativgesetz neu geschaffenen Leistungen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zurzeit noch nicht beurteilbar sind.

Die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur vertraglichen Umsetzung der SAPV erfolgt auf der Basis einer Abfrage über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei den vertragsschließenden Krankenkassen beziehungsweise bei den Landesverbänden und -vertretungen der Krankenkassen. Es sollte aber auch eine Bewertung der Leistungserbringerseite in den Bericht einfließen, um die Aussagekraft zu verbessern. Daher wird es für erforderlich gehalten, die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene bei der Erstellung des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens einzubinden.

5. **Zu Artikel 1 Nummer 27** (§ 53 Absatz 5 und Absatz 8 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 27 ist zu streichen.

Begründung:

Durch die in Artikel 1 Nummer 27 des Gesetzentwurfs vorgesehene Aufhebung des § 53 Absatz 5 SGB V würde für die Krankenkassen die Möglichkeit entfallen, in ihrer Satzung gegen spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen zu regeln, die nach § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind.

Mit der Regelung in § 53 Absatz 5 SGB V wurde im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der für eine gesetzliche Krankenversicherung optionale Wahltarif (Kann-Leistung) zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen eingeführt. Die in der Gesetzesbegründung für die Streichung angeführte geringe Nachfrage nach entsprechenden Tarifen liegt darin begründet, dass für viele Versicherte, die einen geringeren Bedarf an Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen haben, die Möglichkeit der Satzungsleistung nach § 11 Absatz 6 SGB V für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen ausreicht. Bei diesen Satzungsleistungen erstatten Krankenkassen bis zu einem gewissen Betrag pro Jahr Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.

Für Menschen mit einem höheren Bedarf – wie zum Beispiel chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Tumorerkrankungen – reicht diese Versorgung jedoch nicht aus. Die Möglichkeit des Wahltarifs sollte daher im Interesse der Gruppen, die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen stärker nutzen, erhalten bleiben. Zudem sollte es den Krankenkassen weiterhin möglich bleiben, sich durch das Angebot eines Wahltarifs im Krankenversicherungswettbewerb zu positionieren.

6. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a** (§ 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V)
In Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a sind die Wörter „von zwei Jahren“ durch die Wörter „von drei Jahren“ zu ersetzen.
Begründung:
Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist nach § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V bei Nichterfüllung der Förderungskriterien des GKV-Spitzenverbandes durch Klinische Krebsregister wird grundsätzlich begrüßt.
Wie bereits die 91. Gesundheitsministerkonferenz in ihrem Beschluss zu TOP 10.13 festgestellt hat, ist es wahrscheinlich, dass auch im Rahmen einer zweijährigen Nachbesserungsfrist nach § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V die Register nicht alle Förderkriterien vollumfänglich erfüllen werden. Teilweise handelt es sich bei den Fördervoraussetzungen um zurzeit objektiv noch nicht erfüllbare Kriterien, die erst nach einigen Jahren im Routinebetrieb zuverlässig erfüllt werden können (zum Beispiel wenn es um den Nachweis der aktuellen Vollzähligkeit oder um inhaltlich gehaltvolle Rückmeldungen an die Ärzteschaft geht). So beruht die Feststellung der Vollzähligkeit der Registrierungen von Personen mit Erkrankungen gemäß § 65c Absatz 1 SGB V (Förderkriterium 2.01) auf Basis der Erwartungswerte des Zentrums für Krebsregisterdaten des Robert Koch-Instituts, die für das Jahr 2017 erst Ende 2019 und für das Jahr 2018 erst Ende 2020 vorliegen werden. Da dem betreffenden klinischen Krebsregister für die Nachbesserung immer nur zwei Jahre ab (der erstmaligen) Feststellung der Nichterfüllung eines Förderkriteriums zur Verfügung steht, hilft die Formulierung „oder zu einem späteren Zeitpunkt“ in § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V nicht weiter. Ohne eine Anpassung des Nachbesserungszeitraumes um zwei auf drei Jahre besteht nach dem 31. Dezember 2019 keine Verpflichtung der Krankenkassen mehr, die Förderung der klinischen Krebsregister fortzusetzen.

7. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a** (§ 75 Absatz 1a SGB V)
Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren klarzustellen, dass sich die zeitnahe Terminvermittlung auch auf termingebundene Kinder-Vorsorgeuntersuchungen bei Kinderärztinnen und -ärzten bezieht.
Begründung:
Der Sicherstellungsauftrag und die angemessene und zeitnahe Terminvermittlung erstrecken sich auf die gesamte vertragsärztliche Versorgung. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung eines Behandlungstermins im Einzelfall, sondern auch um eine dauerhafte Betreuung. Bei der kinderärztlichen Versorgung gehören dazu meist termingebundene und damit eilbedürftige Vorsorgeuntersuchungen. In ganz Deutschland gibt es einheitliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Im Rahmen des Vorsorgeprogramms werden allen Kindern bis zu ihrem sechsten Lebensjahr an zehn verschiedenen Terminen – von der Geburt bis zur Einschulung – ärztliche Untersuchungen bei den Kinder- und Jugendärzten sowie bei den Hausärzten angeboten (U1 bis U9).
Ziel der Kindervorsorgeuntersuchungen ist es, festzustellen, ob ein Kind sich gesund und altersgerecht entwickelt. Auf diese Weise können Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden.
Die termingerechte Untersuchung ist aufgrund einiger gesetzlicher Vorgaben nachzuweisen und Voraussetzung, um weitere Angebote der Daseinsvorsorge wie zum Beispiel der Besuch einer Kindertagesstätte oder Schule wahrzunehmen, so dass eine fristgerechte Terminvermittlung von besonderer Bedeutung ist.

8. **Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe a0 – neu –** (§ 87a Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 SGB V)
In Artikel 1 Nummer 44 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a0 voranzustellen:
‚a0) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Die Vertragspartner nach Satz 1 können ergänzende Regelungen zur Vergütung der Strukturen und der ärztlichen Leistungen insbesondere im organisierten ärztlichen Notdienst sowie für einzelne neue Leistungen vereinbaren.“
bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Abschlags“ die Wörter „nach Satz 2 sowie der Vergütungsregelungen nach Satz 3“ eingefügt.‘
Begründung:
Den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene soll die Möglichkeit gegeben werden, sachgerechte regionale Vertragslösungen zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu schließen. Hierzu zählen beispielsweise die finanzielle Unterstützung beim Aufbau und Betrieb des Bereitschaftsdienstes, die Förderung bestimmter Leistungen wie zum Beispiel Hausbesuche und Pauschalen der fachärztlichen Grundversorger sowie Regelungen zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im organisierten ärztlichen Notdienst.
Durch die vorgeschlagene Änderung soll der notwendige Verhandlungsspielraum geschaffen werden, um künftig sinnvolle Regelungen zur Verbesserung der Versorgung auf Landesebene zu ermöglichen.

9. **Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa – neu –** (§ 87a Absatz 4 Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu – SGB V), **Doppelbuchstabe bb** (§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V) **und Buchstabe c Doppelbuchstabe cc** (§ 87a Absatz 5 Satz 13 – neu – SGB V)
Artikel 1 Nummer 44 ist § 87a wie folgt zu ändern:
a) Buchstabe b ist wie folgt zu fassen:
‚b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
„Abweichend von Satz 1 erfolgt die Anpassung des Behandlungsbedarfs einmalig bezogen auf den Basiswert der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung des Jahres 2023. Dieser Wert ist die Basis für die Fortschreibung der Vergütung gemäß Satz1 Nummer 2 in den Folgejahren.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:
„< ... weiter wie Vorlage ... >“ ‘

b) In Buchstabe c Doppelbuchstabe cc ist dem Absatz 5 nach Satz 12 folgender Satz anzufügen:
„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 beschließt der Bewertungsausschuss einmalig für das Jahr 2023 den Basiswert für die Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.“

Begründung

Die von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu vereinbarende Anpassung der morbiditätsbedingten ärztlichen Gesamtvergütung ist seit dem Jahre 2009 auf den Behandlungsbedarf des Vorjahres zu beziehen (§ 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V). Der Bewertungsausschuss stellt nach § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V über sein wissenschaftliches Institut jeweils die Veränderung der Entwicklung der Diagnosen und der demografischen Kriterien im Verhältnis zum Vorjahr fest, aus denen die Gesamtvertragspartner auf Landesebene eine gewichtete Veränderung der Morbidität vereinbaren müssen. Die Ausgangswerte für die Beurteilung der Morbidität der Bevölkerung sind seit dem Jahr 2009 nicht mehr neu ermittelt worden.

In einigen Regionen hat sich die tatsächliche Morbiditätslast der Bevölkerung stärker entwickelt, als es durch die ermittelten Veränderungsraten abgebildet wird, so dass die von den Krankenkassen gezahlte Vergütung erheblich unter der Vergütung liegt, die der tatsächlichen Morbidität im Land entsprechen würde.

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des § 87a SGB V würde die Möglichkeit einer einmaligen Basiskorrektur geschaffen. Diese wäre dann die Grundlage für die Folgeverhandlungen, die der jetzt bestehenden Gesetzessystematik entsprechend wieder mit einem Vorjahresbezug zu führen wären.

Die entsprechenden Daten werden vom Institut des Bewertungsausschusses ermittelt und für die Berechnung der Veränderungsraten im Vergleich zum Vorjahr genutzt. Dem Institut ist es deshalb möglich, auch einen Jahreswert zu ermitteln.

Der Gesetzentwurf sieht in § 87a Absatz 5 SGB V vor, dass aufgrund der Regelungen zur Kodierung und Prüfung im Rahmen der Abrechnungsprüfung mit einer Steigerung der Diagnosequalität zu rechnen sei. Deshalb soll die Veränderungsrate der Morbidität ab dem Jahr 2028 nur noch auf der Diagnoserate beruhen. Grundlage für die Ermittlung sollen die Diagnosen der Jahre 2023 bis 2025 sein. Vor diesem Hintergrund bietet sich das Jahr 2023 für eine einmalige Feststellung der Morbiditätsstruktur in den Ländern an.

Bedingung hierfür ist die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 SGB V und der nach § 87a Absatz 5 Satz 11 und 12 SGB V zu treffende Beschluss des Bewertungsausschusses für ein entsprechendes Verfahren.

10. Zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 90 Absatz 3 Satz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Aspekte zur Vergütung einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die Stellvertretungen der Vorsitzenden des Landesausschusses beziehungsweise erweiterten Landesausschusses zu prüfen:

Der Bundesrat stellt fest, dass im vorliegenden Gesetzentwurf wesentliche Aufgabenerweiterungen bei den Aufgaben der Landesausschüsse vorgesehen sind. Bereits in den vergangenen Jahren gab es umfangreiche und komplexe Erweiterungen der Aufgaben der Landesausschüsse durch die Gesetzgebung und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 17. Juli 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung – Bedarfsplanungs-Richtlinie – in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17. Juli 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.09.2014 B4 vom 29. September 2014, in Kraft getreten am 30. September 2014).

Um der Komplexität und dem zunehmenden Arbeitsumfang auch im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit gerecht zu werden, hat sich hier vielfach eine Arbeitsteilung zwischen Vorsitzenden und Stellvertretung etabliert, um damit sicherzustellen, dass informierte Stellvertretungen das Gremium beziehungsweise den Vorsitzenden beraten und auch selbst die Sitzungen leiten können. Diese Arbeit mit wachsender versorgungspolitischer Bedeutung muss angemessen entschädigt werden. Die auf Grundlage des § 90 Absatz 3 Satz 4 SGB V geltende Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss und der Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (Ausschussmitglieder-Verordnung – AMV) spiegelt [dieses] Aufgabenspektrum und -verteilung in den Landesausschüssen bisher nicht wider. So wurde zwar für den Gemeinsamen Bundesausschuss auch für die Stellvertretungen die Möglichkeit einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen durch die erste Verordnung zur Änderung der AMV vom 2. September 2004 (BGBl. I, S. 2325) aufgenommen. Eine Anpassung der Regelungen und damit Angleichung der Rechte der Stellvertretungen für die Landesausschüsse erfolgte bislang nicht. Nicht unmittelbar geltende, aber vergleichbare Entschädigungsregelungen, wie zum Beispiel auf Grundlage des § 71 Absatz 3 SGB IV in Verbindung mit Nummer VI. 2 der Gemeinsamen Empfehlungen für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungen in der Sozialversicherung berücksichtigen hingegen bereits heute die Möglichkeit, Vorsitz und Stellvertretung gleich zu entschädigen.

Der Bundesrat hält es vor diesem Hintergrund für sinnvoll, die Regelungen insoweit anzupassen, dass die Vorsitzenden und ihre Stellvertretungen sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder der Ausschüsse, soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind, eine pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen erhalten können, deren Höhe die Trägerorganisationen festsetzen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, inwieweit eine Anpassung der Entschädigungsregelungen für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen der Landesausschussmitglieder vorzunehmen ist.

11. Zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 90 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 49 ist wie folgt zu fassen:

‚49. In § 90 Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Beschlussfassung" die Wörter „sowie ein Antragsrecht" eingefügt.'

Begründung:

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden um ein uneingeschränktes Antragsrecht erweitert, damit die Länder bei Bedarf ihre Kompetenzen und Mitwirkungsrechte umfassend wahrnehmen können. Eine Beschränkung auf Fallgruppen entspricht nicht den Koalitionsvereinbarungen und wäre zudem auch nicht sachgerecht.

Die weiteren Entwicklungen der Bedarfsplanung und Sicherstellung indizieren ein generelles Antragsrecht. So können die bisher wenig genutzten Möglichkeiten der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung zusätzlicher Zulassungen oder eines lokalen Versorgungsbedarfs in einem nicht unterversorgten Planungsbereich nach § 100 Absatz 3 SGB V und die Regelungen zur Prüfung einer lokalen Versorgungslage nach § 35 Bedarfsplanungs-Richtlinie verfahrensleitend angestoßen werden. Den jeweils zuständigen obersten Landesbehörden wird dabei das Recht zur Beantragung eingeräumt, da davon ausgegangen wird, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b (§ 92 Absatz 6a Satz 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b ist zu streichen.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Ergänzung von § 92 Absatz 6a SGB V um den Satz „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychotherapeuten." sollte nicht vorgenommen werden.

Die am 1. April 2017 in Kraft getretene Neufassung der PT-Richtlinie sieht bereits heute eine Steuerung des Versicherten in die für ihn geeignete Versorgungsebene durch die Durchführung einer verpflichtenden Sprechstunde vor. Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch und auf schnelle Erstinterventionen haben sich dadurch verkürzt. Eine systematische Evaluation sollte abgewartet werden, um gegebenenfalls gezielt weitere Anpassungen vorzunehmen. Erst Anfang 2017 erfolgte eine umfassende Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die in Teilen mit den Elementen Sprechstunde, Akutversorgung et cetera bereits eine gestufte Versorgung vorsieht. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen hierzu noch keine Evaluationsergebnisse vor. Daher erscheint eine erneute Umstrukturierung, ohne Ergebnisse der aktuellen Strukturreform zu kennen, nicht zielführend. Die vorgeschlagene Änderung kann nunmehr dazu führen, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen insbesondere in ländlichen Regionen längere Versorgungswege zugemutet werden und der Zugang zur Versorgung für diese Patientengruppe damit nicht verbessert, sondern verschlechtert wird. Die Schaffung hierarchischer Zuweisungswege stellt außerdem die bestehende Qualifikation der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Frage und spricht diesen die Fähigkeit zur indikationsgerechten Versorgung ab. Nicht zuletzt existiert mit dem Gutachterverfahren ein bewährtes Steuerungselement, um den Zugang zu einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung zu regeln.

Mit der vorgesehenen Regelung besteht die Gefahr, dass zusätzliche Hürden für psychisch kranke Menschen aufgebaut werden und dadurch der Zugang zur Psychotherapie eher noch erschwert wird. So könnte die wichtige Niederschwelligkeit nicht mehr gegeben sein, wenn Patienten sich an mehreren Stellen offenbaren müssen.

13. Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe c – neu – (§ 92 Absatz 7e und Absatz 7f SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 51 folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Absatz 7e und Absatz 7f werden wie folgt gefasst:

„(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und Nummer 13 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2, § 116b Absatz 4, § 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136d, 137a, 137b, 137c, 137e und 137f erhalten die Länder das Recht, Anträge zu stellen. Das Mitberatungs- und Antragsrecht wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz benannt werden. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder nach Satz 4 in der auf die Antragstellung folgenden Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den von den Ländern benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben. Die Länder werden bei der Durchführung Ihres Mitberatungsrechts durch geeignete Maßnahmen organisatorisch

und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabsstelle Länderbeteiligung einrichten.

(7f) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“ ‘

Begründung:

Entsprechend Rz. 4581 ff. des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode werden den Ländern künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern nach § 140f SGB V eingeräumt. Die Länder erhalten bei den Richtlinien zur Qualitätssicherung ein erweitertes Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§ 91 SGB V). Bei versorgungsrelevanten Beschlüssen des G-BA erhalten die Länder zudem das Recht, Anträge zu stellen. Flankierend wird dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, eine Stabsstelle für die Länderbeteiligung einzurichten, damit die Mitwirkung auch organisatorisch und finanziell unterstützt wird. Damit soll die Wahrnehmung der Länderaufgaben zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und Wahrung der Länderrechte in den Bereichen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung optimiert werden.

14. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1a Satz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, die sicherstellen, dass die fachübergreifende Versorgung von Dialysepatientinnen und -patienten auch durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen langfristig möglich und gesichert ist.

Begründung:

Der Gesetzentwurf regelt in Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb in Bezug auf die Gründungsberechtigung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V, dass diese „nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren“ berechtigt seien. Dialysepatientinnen und -patienten haben einen komplexen Versorgungsbedarf. Aufgrund der hohen Komplexität der Krankheitsbilder bedarf es dringend eines fachübergreifenden Versorgungsangebots auf verschiedenen fachärztlichen Gebieten wie Nephrologie, Urologie, Kardiologie, Diabetologie, Geriatrie und Allgemeinmedizin wie auch der pflegerischen Leistungen. Dass auch mit der Dialyseleistung zusammenhängende ärztliche Leistungen angeboten werden können sollen, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb. Mit der Verwendung des Begriffs „fachbezogener“ medizinischer Versorgungszentren im Gesetzestext entstehen gerade für solche nicht-ärztlichen Dialyseeinrichtungen mit Plänen zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums, das dem komplexen Versorgungsbedarf gerecht wird, erhebliche Unsicherheiten, die es unbedingt zu vermeiden gilt.

15. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b (§ 95 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, um den feststellbaren und für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlichen Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wirksam zu begegnen.

Begründung:

MVZ leisten seit Jahren einen wertvollen Beitrag zur vertragsärztlichen Versorgung. Sie flexibilisieren die Erbringung und Organisation ärztlicher Leistungen und die ärztliche Berufsausübung als solche. Sie kommen damit dem Berufsbild und den Berufserwartungen gerade junger Mediziner sehr entgegen und tragen damit auch zur Nachwuchsgewinnung für die unmittelbare Patientenversorgung bei. Sie stellen damit eine gute Ergänzung und Alternative zur Tätigkeit in eigener Praxis dar.

Durch die vorliegend geplante Regelung soll nun klargestellt werden, dass einzelne MVZ-Trägergesellschaften nicht auf das Betreiben eines einzigen MVZ beschränkt sind, sondern zeitgleich mehrere MVZ tragen können. Die hierdurch mögliche Vereinfachung und Entbürokratisierung der Abläufe in der Praxis wird grundsätzlich begrüßt.

Es ist jedoch zu befürchten, dass dadurch zugleich die Bildung von versorgungsschädlichen konzernartigen Monopolstrukturen in der ärztlichen Versorgung weiter begünstigt werden könnte. Denn bereits heute sind in der vertragsärztlichen Versorgung gerade im Bereich der MVZ in einzelnen Regionen beziehungsweise Fachrichtungen bedenkliche Monopolisierungstendenzen und zunehmend konzernartig aufgebaute MVZ beziehungsweise MVZ-Ketten festzustellen.

Für MVZ wurden bereits Rechtsformen wie die Aktiengesellschaft und rein kommerzielle Gründergesellschaften ohne Beteiligung von Leistungserbringern ausgeschlossen, um einem Überhandnehmen von reinen Kapitalinteressen in der Versorgung durch MVZ zu begegnen. Einem vergleichbaren Ziel dient auch die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Beschränkung der Gründungsberechtigung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ.

Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung durch MVZ auch zukünftig ausreichende Versorgungssicherheit zu gewährleisten und Versorgungsentscheidungen von patientenschädlichen Fremdeinflüssen weiterhin freizuhalten. Hierzu sind allgemeine Regelungen erforderlich, die für die Versorgung durch MVZ insgesamt greifen – gleich in welcher Trägerschaft.

Vor diesem Hintergrund wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete zusätzliche Regelungen zu schaffen, um den zunehmenden Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ verlässlich entgegenzuwirken.

16. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V), **Doppelbuchstabe cc** (§ 95 Absatz 1a bisheriger Satz 2 SGB V) **und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa** (§ 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 52 ist wie folgt zu ändern:

a) Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:

aa) Doppelbuchstabe bb ist wie folgt zu fassen:

‚bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Krankenhäuser sind zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren nur berechtigt, wenn der Krankenhausstandort innerhalb des entsprechenden Planungsbereich liegt, in dem das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz haben soll, oder es in einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat und das Krankenhaus nach der Feststellung im Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag in den Fachgebieten hat, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sein sollen. Erbringer < ... weiter wie Vorlage ... >.“ ‘

bb) Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu fassen:

‚cc) Im bisherigen Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern oder von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am < ... weiter wie Vorlage ... > eingefügt.‘

b) Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 1 werden die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ gestrichen sowie nach dem Wort „ist“ ein Semikolon sowie die Wörter „dabei soll grundsätzlich der gesamte Versorgungsauftrag des jeweiligen Fachgebietes erfüllt werden, soweit der Zulassungsausschuss keine Einschränkung zugelassen hat“ eingefügt.‘

Begründung:

In immer mehr Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden sich konzernartige Strukturen aus, oft in der Hand renditeorientierter Unternehmen. In manchen Regionen, besonders in Ballungsräumen, sind alle oder ein Großteil der Arztsitze einer Fachgruppe in der Hand desselben Konzerns. Es besteht die Gefahr der Monopolisierung und damit der Verschlechterung der Patientenversorgung. Der primär gewinnorientierte Zuschnitt dieser konzernartigen Strukturen begründet oder verschärft Schieflagen in der Versorgungssituation, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Regional wird daher die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten eingeschränkt oder geht sogar verloren. Zudem wird es auch schwerer für die Patienten, in der Nähe ihres Wohnortes Zugang zu einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu finden. Auch für junge Ärztinnen und Ärzte wird es in diesen Regionen zunehmend schwerer oder sogar unmöglich, sich selbständig in eigener Praxis niederzulassen. Sogar für angestellte Arztinnen oder Ärzte wird es dann schwierig, wohnortnah den Arbeitgeber zu wechseln. Patientinnen und Patienten werden damit ebenso wie Ärztinnen und Arzte von einem Konzern abhängig. Im Zuge der Konzernbildung kommt es zudem eher zur Konzentration der Leistungsangebote in Ballungsräumen.

Der Bundesgesetzgeber hat in den letzten Jahren mehrfach die Regelungen zur Gründung und zum Betrieb von MVZ eingeschränkt. So wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) 2012 der Kreis der gründungsberechtigten Leistungserbringer beschränkt. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass „Medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgunghaben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.“

Die aktuelle Entwicklung zeigt aber, dass die bisherigen Regelungen nicht ausreichen, um der Entwicklung entgegenzuwirken. Um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, sind räumlich-regionale und fachliche Beschränkungen für die Gründung von MVZ erforderlich.

Zu Buchstabe a:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Voraussetzung für die Gründung eines Krankenhaus-MVZ soll zukünftig sein, dass das Krankenhaus einen fachlichen und räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag des MVZ hat. Dadurch wird verhindert, dass Krankenhausträger über die Gründung eines MVZ das Leistungsspektrum ausweiten. Ebenso soll es nicht mehr zulässig sein, dass ein Krankenhaus-MVZ in großer räumlicher Entfernung vom Sitz des Krankenhauses betrieben werden, da in diesem Fall erkennbar ist, dass keine Versorgungsgesichtspunkte im Vordergrund stehen. Sofern zum Beispiel ein zugelassenes Krankenhaus nicht über eine Fachabteilung auf dem Gebiet der Zahnheilkunde verfügt, ist die Gründung eines ausschließlich vertragszahnärztlichen MVZ nicht sachgerecht.

Eine Ausnahme soll lediglich dann greifen, wenn durch die MVZ-Gründung eine bestehende oder drohende Unterversorgung beseitigt werden kann, da in diesem Fall die Sicherstellung der Versorgung Vorrang hat.

Mit dieser Regelung bleibt auch weiterhin die Gründung von (zahn)medizinischen Versorgungszentren für zugelassene Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte wie auch für zugelassene Krankenhäuser möglich. Lediglich in der Standortwahl sowie beim medizinisch-fachlichen Bezug zum eigenen (zahn)medizinischen Leistungsspektrum haben zugelassene Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger verhältnismäßige Einschränkungen zu beachten, damit eine flächendeckende Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt bleibt.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Für bereits gegründete (zahn)medizinische Versorgungszentren soll wie auch bei den Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V ein Bestandsschutz gelten.

Zu Buchstabe b:
Nach der Übernahme bestehender Praxen durch MVZ kommt es in einigen Fällen zu einer Einengung der angebotenen Versorgung auf bestimmte, besonders lukrative Leistungen, während andere, zum Beispiel konservative Teile des Versorgungsspektrums verloren gehen. Der Sachverständigenrat hat deswegen vorgeschlagen, dass es ermöglicht werden soll, die Sitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums zu koppeln. Mit der vorgesehenen Änderung soll hierfür eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

17. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V) **und Nummer 56 Buchstabe f – neu –** (§ 105 Absatz 5 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa sind in § 95 Absatz 1a Satz 1 die Wörter „in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat," zu streichen.

b) Der Nummer 56 ist folgender Buchstabe f anzufügen:

‚f) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Kommunen" die Wörter „und Praxisnetze, die nach § 87b Absatz 4 von einer Kassenärztlichen Vereinigung als besonders förderungswürdig anerkannt werden," eingefügt.'

Begründung:
Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch anerkannte Praxisnetze ein MVZ gründen können, beschränkt dies aber auf Gebiete, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat. Diese enge Ausnahmeregelung würde die Möglichkeiten, Praxisnetze zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu nutzen, zu sehr einengen. Mit der Änderung sollen Praxisnetze mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich in begründeten Ausnahmefällen ein MVZ gründen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können ihren Sicherstellungsauftrag damit auch über diesen Weg erfüllen.

18. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 6 werden nach den Wörtern „beschränkter Haftung" die Wörter „oder einer eingetragenen Genossenschaft" und nach dem Wort „Gesellschafter" wird das Wort „entweder" eingefügt.'

Begründung:
Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Erbringung von Sicherheitsleistungen oder Bürgschaftserklärungen ausschließlich bei Gesellschaftern einer MVZ in der Rechtsform einer GmbH vorausgesetzt wird. Eine entsprechende Regelung auch für Gesellschafter einer Genossenschaft fehlt.
Grundsätzlich haften die Gesellschafter einer Genossenschaft mit ihren in der Satzung bestimmten Geschäftsanteilen. Anders als im Falle einer GmbH, für die § 5 Absatz 1 GmbHG regelt, dass das Stammkapital mindestens 25 000 Euro betragen muss, ist kein Mindestkapital bei Genossenschaften vorgesehen (§ 8a Absatz 1 GenG). Darüber hinaus enthalten die Satzungen der Genossenschaften unterschiedliche Bestimmungen darüber, ob die Mitglieder für den Fall, dass die Gläubiger im Insolvenzverfahren über das Vermögen der Genossenschaft nicht befriedigt werden, Nachschüsse zur Insolvenzmasse unbeschränkt, beschränkt auf eine bestimmte Summe (Haftsumme) oder überhaupt nicht zu leisten haben (§ 6 Nummer 3 GenG).
Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass die Wahl der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft zu einer größtmöglichen Enthaftung der hinter ihr stehenden natürlichen Personen führen kann. Da sich die KVen und die Krankenkassen bei möglichen Forderungen (zum Beispiel Ansprüchen aus fehlerhaften Abrechnungen, Regresse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen) nicht anderweitig absichern können, würden entsprechende Schäden zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gehen. Ist die Nachschusspflicht vollkommen ausgeschlossen, dann müssen die Mitglieder auch im Insolvenzfall der Genossenschaft keine weiteren Zahlungen leisten.

19. Zu Artikel 1 Nummer 52 (§ 95 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Zulassungsverordnung für Zahnärzte zu ändern und an die gesetzlichen Neuregelungen anzupassen.

Begründung:
Infolge der Änderungen zu § 95 SGB V soll mit Artikel 15 des Gesetzentwurfs die Zulassungsverordnung für Ärzte in mehreren Punkten angepasst werden. Dies betrifft insbesondere die Möglichkeit, die Zulassung beziehungsweise den Versorgungsauftrag künftig um ein Viertel reduzieren zu können (§ 19a Absatz 2 Ärzte-ZV) sowie die Konkretisierung der Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen im Hinblick auf die Einhaltung des Versorgungsauftrages (§ 19a Absatz 4 Ärzte-ZV).
Die gesetzlichen Änderungen hierzu in § 95 SGB V gelten gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V entsprechend für Zahnärzte, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Infolgedessen sollte auch die Zahnärzte-ZV entsprechend angepasst werden.

20. Zu Artikel 1 Nummer 53 (§ 96 Absatz 2a Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 53 ist dem § 96 Absatz 2a folgender Satz anzufügen:

„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können die Wahrnehmung des Mitberatungsrechts ganz oder teilweise auf nachgeordnete Behörden übertragen."

Begründung:
Die für die Sozialversicherungsträger zuständigen obersten Landesbehörden erhalten in den enumerativ aufgezählten Verfahren der Zulassungsausschüsse ein Mitberatungsrecht, das zugleich ein Informations- und verfahrensleitendes

Antragsrecht umfasst. Sie werden dadurch in die Lage versetzt, bei für das Versorgungsgeschehen besonders relevanten Entscheidungen angemessen mitwirken zu können.
Da die Zulassungsausschüsse jährlich eine sehr große Anzahl von Verfahren abzuarbeiten haben, erscheint die Mitwirkung unmittelbar und ausschließlich durch eine oberste Landesbehörde, insbesondere in großen Flächenstaaten, kaum realisierbar. Um eine effektive Wahrnehmung des Mitberatungsrechts sicherzustellen, sollte eine Delegationsmöglichkeit dieser Rechte auf geeignete Fachstellen geschaffen werden, die für diese Aufgabe auch passgenauer organisiert und ausgestattet werden können, als dies in obersten Landesbehörden der Fall ist. Dies dient sowohl einer effektiven Mitberatung durch geeignete Landesbehörden wie zugleich auch einer effektiven Führung der Zulassungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse.

21. Zu Artikel 1 Nummer 53a – neu – (§ 100 Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 53 folgende Nummer 53a einzufügen:

‚53a. § 100 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, hat die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgung im betroffenen Planungsbereich im erforderlichen Umfang nach den weiteren Vorgaben des § 105 Absatz 1b durch eigene Einrichtungen sicherzustellen. Darüber hinaus können die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anordnen.“ ‘

Begründung:

Die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in einem bedarfsplanerisch nicht überversorgten Planungsbereich kann in Einzelfällen zu Zwecken der Niederlassungssteuerung durchaus geeignet und geboten sein. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben aber gezeigt, dass die zwingende Festlegung dieser Rechtsfolge im Falle der Nichtabwendung von festgestellter Unterversorgung nach erfolglosem Fristablauf nicht in jedem Fall ein geeignetes Mittel der Versorgungssteuerung darstellt und sich in Einzelfällen sogar negativ auf das örtliche Versorgungsgeschehen und die notwendige Nachwuchsgewinnung als solche auswirken kann.
Denn gerade in größeren Flächenstaaten können Konstellationen entstehen, in denen ein unterversorgter Planungsbereich in näherer und mittlerer Entfernung nur von überversorgten Planungsbereichen umgeben ist, die damit ohnehin bereits einer Zulassungsbeschränkung unterliegen. Zum Teil befinden sich die (wenigen) regelversorgten und damit grundsätzlich sperrbaren Planungsbereiche nur in so großer Entfernung zum unterversorgten Planungsbereich, dass von deren Sperrung durch den Landesausschuss keinerlei Steuerungswirkung auf Niederlassungen im unterversorgten Planungsbereich mehr zu erwarten ist. In solchen Fällen wird durch die bislang verpflichtende Regelung eine Versorgungsverbesserung in weit entfernt liegenden Planungsbereichen verhindert, ohne damit realistisch eine Versorgungsverbesserung im unterversorgten Planungsbereich erreichen zu können. Denn nach der bisherigen Regelung muss nach erfolglosem Fristablauf zumindest für einen anderen Planungsbereich eine Zulassungsbeschränkung angeordnet werden.
Daneben gibt es Konstellationen, in denen der unterversorgte Planungsbereich unmittelbar nur von ebenfalls schlecht versorgten Planungsbereichen umgeben ist, die selbst entweder unterversorgt oder drohend unterversorgt sind beziehungsweise hinsichtlich ihres Versorgungsgrades und ihrer Versorgungsstruktur nur kurz vor entsprechenden Feststellungen stehen. Wenn dann in mittlerer Entfernung nur überversorgte Planungsbereiche vorhanden sind und andere regelversorgte Planungsbereiche wiederum nur in so weiter Entfernung, dass von ihrer Sperrung keine regionale Steuerungswirkung mehr zu erwarten wäre, müsste zwingend ein benachbarter, ebenfalls bereits unzureichend versorgter Planungsbereich gesperrt werden. Es scheint jedoch kaum vermittelbar, dort eine Versorgungsverbesserung durch Zulassungsbeschränkung auszuschließen, wenn dadurch in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang auch dort eine Unterversorgung festgestellt werden müsste. Dies gilt umso mehr, wenn in dem zu sperrenden Planungsbereich bereits altersbedingte Tätigkeitsaufgaben niedergelassener Ärzte absehbar sind.
In beiden dargestellten Fällen wird durch die verpflichtende Sperrung regelversorgter Planungsbereiche eine der eigentlichen Absicht der Norm entgegenstehende Wirkung ausgelöst.
Gleichwohl kann die Sperrung eines regelversorgten Planungsbereichs in anderen Konstellationen sehr wohl zu einer Versorgungsverbesserung durch das gezielte Einwirken auf Niederlassungsmöglichkeiten im näheren beziehungsweise mittleren räumlichen Umfeld führen.
Geeigneter erscheint es daher, die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Einrichtung von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an dieser Stelle als vorrangige und verbindliche Rechtsfolge vorzusehen und eine Sperrung weiterer Planungsbereiche als zusätzliche Möglichkeit der Versorgungssteuerung in das Ermessen des Landesausschusses zu stellen.

22. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die Zielrichtung des Gesetzentwurfs, für die Arztgruppen der Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte bereits vor Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) schon möglichst zeitnah Versorgungsverbesserungen im Wege von Interimslösungen herbeizuführen. Auch der Bundesrat sieht prioritären und zeitlich dringenden Handlungsbedarf gerade in den genannten Arztgruppen.
Der Bundesrat gibt allerdings zu bedenken, dass sich die im Gesetzentwurf jetzt vorgesehene, befristete, generelle Befreiung von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Planungsbereichen für Mitglieder dieser Arztgruppen, die nicht schon in den letzten fünf Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, mittel- bis langfristig sogar kontraproduktiv auf eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung in diesen Facharztgruppen auswirken

könnte. Die damit einhergehende, weitgehende Niederlassungsfreiheit für (Neu-)Mitglieder dieser Arztgruppen birgt in den Augen des Bundesrates zweierlei Risiken:
Zum einen entfallen damit auch jegliche räumliche Steuerungsmöglichkeiten für Neuniederlassungen, was bestehende Verteilungsungleichgewichte weiter verstärken und verstetigen könnte. Neuniederlassungen in diesen Arztgruppen könnten sich in der Übergangszeit sowohl in Planungsbereichen mit bereits sehr hohen Versorgungsgraden (über 140 Prozent) oder innerhalb von überversorgten Planungsbereichen in den dortigen Ballungszentren (zum Beispiel Kreisstädten) weiter konzentrieren, ohne dass dem entgegengewirkt werden könnte.
Zum anderen sieht der Bundesrat das Risiko, dass in einem solchen niederlassungsbeschränkungsfreien Zeitraum auch mit einem deutlichen Anstieg von Niederlassungen zu rechnen sein dürfte, weil eine Niederlassung am jeweiligen persönlichen Wunschstandort nach Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA gegebenenfalls bereits wieder ausgeschlossen sein könnte. Damit steht zu befürchten, dass sich in dem Übergangszeitraum eine deutlich überproportionale Zahl von Ärzten für die Niederlassung entscheidet – mit der Folge, dass nach Abschluss der Bedarfsplanungsreform deutlich weniger Ärzte für weitere, dann wieder an einer räumlichen Bedarfssteuerung orientierte Neuniederlassungen zur Verfügung stehen.
Der Bundesrat befürchtet daher, dass im Extremfall gerade diejenigen Regionen auf längere Sicht von einer Verbesserung des örtlichen Versorgungsangebots abgeschnitten werden könnten, für die der G-BA im Rahmen der Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie höchsten Handlungsbedarf identifiziert. Vor diesem Hintergrund sollte der Inhalt der in den Augen des Bundesrats grundsätzlich wünschenswerten Zwischenregelung nochmals überdacht und dabei nicht gänzlich auf räumliche Steuerungsmöglichkeiten verzichtet werden.
Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und mit welchen weiteren Regelungen bereits in der Zeit bis zum Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA dringend erforderliche Versorgungsverbesserungen in den Arztgruppen der Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte herbeigeführt werden können, ohne dabei gänzlich auf eine bedarfsorientierte, räumliche Niederlassungssteuerung zu verzichten.

23. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Der Bundesrat begrüßt die Absicht, dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine zügige Überprüfung der Bedarfsplanung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 vorzugeben und die Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie durch Kinderärztinnen und Kinderärzte bereits kurzfristig spürbar zu verbessern.
Die beabsichtigte befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für diese Facharztgruppen birgt jedoch die Gefahr, dass regionale Ungleichgewichte in der Versorgung verstärkt, zumindest aber nicht wirksam abgebaut werden. Auch wenn die Regelung nur für Neuzulassungen Anwendung finden soll, ist doch davon auszugehen, dass Niederlassungen kurzfristig vor allem in besonders attraktiven Regionen erfolgen werden. Nach Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie werden diese Gebiete gegebenenfalls wieder für Zulassungen gesperrt werden. Für schlechter versorgte Gebiete könnten indes aufgrund der erfolgten Niederlassungen in attraktiven Regionen noch weniger Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung zur Verfügung stehen.
Daher bittet der Bundesrat die Bundesregierung, eine geeignete Alternativlösung zur kurzfristigen Verbesserung der Versorgung in den betreffenden Fachgebieten zu prüfen. Insbesondere käme eine verpflichtende kurzfristige Prüfung des Bedarfs für Sonderbedarfszulassungen durch die Landesausschüsse und Ausschreibung von zusätzlichen Sonderbedarfszulassungen für diese Facharztgruppen in den Regionen in Betracht, in denen trotz Niederlassungssperre ein erhöhter Versorgungsbedarf festgestellt wird.
Bei einem Festhalten an der beabsichtigten Regelung sollte zumindest sichergestellt sein, dass Steuerungsmöglichkeiten vorgesehen werden, um auch während der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen eine bedarfsgerechte regionale Verteilung zu gewährleisten.

24. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a1 – neu – (§ 103 Absatz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 55 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

‚a1) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können zum Zweck einer gleichmäßigeren Versorgung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für einzelne Arztgruppen in einzelnen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent Zulassungsbeschränkungen anordnen. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 50 Prozent aller Planungsbereiche der jeweiligen Arztgruppe im Zuständigkeitsbereich eines Landesausschusses gesperrt werden.“ ‘

Begründung:
Ein wichtiges Instrument der Bedarfsplanung war in den Jahren 2013 bis 2015 in einigen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, in der hausärztlichen Versorgung Zulassungssperren schon ab 100 Prozent Versorgungsgrad auszusprechen (§ 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL)). Die Erfahrung mit der temporären Anwendung des § 67 BP-RL hat gezeigt, dass eine Versorgungssteuerung in Richtung weniger gut versorgter Mittelbereiche möglich war. Weiterhin war eine Verringerung des Stadt-Land-Gefälles durch eine Steuerung und Verteilung hin zu den Mittelbereichen außerhalb der Ballungsräume und den Mittelzentren zu beobachten. Vor diesem Hintergrund ist beabsichtigt, für die Einführung eines Steuerungsinstruments im Sinne des § 67 BP-RL eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm zu schaffen.
Die Regelung dürfte keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen. Gegenstand des Bedarfsplanungsrechts ist nicht nur die Niederlassung eines Freiberuflers, sondern auch die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Versicherten im Rahmen einer durchregulierten gesetzlichen Krankenversicherung. Die

Besonderheiten des Bedarfsplanungsrechts prägen die Rahmenbedingungen der Ausübung grundrechtlicher Freiheiten durch die Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung als Teilnehmer am Wirtschaftsleben entscheidend mit. Grundlage für Entscheidungen sind auch keine fiktiven Annahmen, sondern rechnerische Versorgungsgrade, die nach einem transparenten und aus der BP-RL abgeleiteten Verfahren ermittelt werden. Durch die Einschränkung in § 103 Absatz 1a Satz 2 SGB V wird gewährleistet, dass der Häufigkeit einer Anwendung des § 103 Absatz 1a SGB V Grenzen gesetzt sind und die aus der BP-RL abzuleitende Systematik der Bedarfsplanung gerade nicht in einzelnen Arztgruppen ausgehöhlt wird.

25. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b (§ 103 Absatz 2 Satz 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b ist dem § 103 Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind bei den Honorarverhandlungen angemessen zu berücksichtigen."

Begründung:

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden sollen durch das TSVG ein Antragsrecht erhalten, um Ausnahmen von den Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten überversorgter Planungsbereiche zu erwirken. Hierdurch entstehen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte. Die für diese zusätzlichen Ärzte erforderliche (zusätzliche) Vergütung muss jedoch auch angemessen im Rahmen der jährlichen Honorarverhandlungen der Selbstverwaltungspartner berücksichtigt werden.

26. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 105 Absatz 1a Satz 3, Satz 4, Satz 4a – neu –, Satz 4b – neu – und Satz 4c – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 3 und Satz 4 sind nach dem Wort „Strukturfonds" jeweils die Wörter „nach Satz 1" einzufügen.

b) Nach Satz 4 sind folgende Sätze einzufügen:

„Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Mittel des Strukturfonds nach Satz 1 darüber hinaus einvernehmlich um jeweils bis zu 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung weiter aufstocken. Über die Verwendung der Mittel nach Satz 4a entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die zusätzlichen Mittel des Strukturfonds nach Satz 4a können insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Strukturförderung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b,
2. Förderungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung,
3. Förderung der ambulanten Abschnitte in der fachärztlichen Weiterbildung,
4. Förderung von Weiterbildungsverbünden,
5. fachgruppenspezifische Nachwuchsförderung,
6. Förderung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin in Modellstudiengängen."

Begründung:

Neben der Förderung aus dem zukünftig verpflichtend einzurichtenden Strukturfonds, die in Folge ihrer Sicherstellungsverpflichtung inhaltlich von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eigenverantwortlich festgelegt wird, soll zukünftig insbesondere in den Bereichen Notdienstversorgung und strukturierte Nachwuchsgewinnung zusätzlich eine weitergehende, zwischen den Selbstverwaltungspartnern abgestimmte Förderung ermöglicht werden. Dies gibt den Selbstverwaltungspartnern die Möglichkeit, gemeinsam und abgestimmt auf besondere Entwicklungsziele in der vertragsärztlichen Versorgung der jeweiligen Region hinzuarbeiten. Hierzu wird die Möglichkeit geschaffen, den Strukturfonds im Einvernehmen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen weiter aufzustocken und einvernehmlich daraus finanzierte Fördermaßnahmen insbesondere in den genannten Schwerpunktbereichen zu vereinbaren.

27. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 – neu – SGB V) **und Buchstabe c** (§ 105 Absatz 1d – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 ist § 105 wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist in Absatz 1a Satz 3 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 7 ist anzufügen:

„7. Förderung des Zugangs zu barrierefreien Arztpraxen."

b) Dem Buchstaben c ist folgender Absatz 1d anzufügen:

„(1d) Um den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den barrierefreien Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. Die Maßnahmen umfassen auch die Beratung der Vertragsärzte über die Herstellung und Verbesserung der Barrierefreiheit sowie die Information der Versicherten im Internet über einzelne Merkmale der Barrierefreiheit bei den Praxen."

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entsprechend der gesetzlichen Zielsetzung in § 2a SGB V zu einer Verbesserung eines barrierefreien Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung insbesondere für behinderte und chronisch kranke Menschen verpflichtet werden. Die Maßnahmen hierzu sollen auch aus Mitteln des Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V gefördert werden. Damit soll das Prinzip der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) auch für Menschen mit Behinderung besser gewährleistet werden.

Das vom G-BA in seiner Sitzung vom 20. September 2018 abgenommene Gutachten zur Bedarfsplanung liefert deutliche Hinweise darauf, dass die betrachteten Kriterien des barrierefreien Zugangs in nur wenigen Kreisen von

mehr als 10 Prozent der regionalen Haus- oder Augenarztpraxen erfüllt werden (vgl. Gutachtenteil A.1, Kapitel 5). Informationen zur Barrierefreiheit werden demnach seit dem Jahr 2009 mehrfach jährlich bundesweit erhoben. Es wurden Aspekte zur Eignung der ärztlichen Praxis für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, mit Hörbehinderung, mit Sehbehinderung und für Rollstuhlfahrer abgefragt und berücksichtigt.

Nach Erfahrungen von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ist für Menschen mit Behinderung die Kenntnis über Merkmale zur Barrierefreiheit der einzelnen Arztpraxen wichtig. Darüber hinaus können durch vergleichsweise kleine Maßnahmen die Zugänge zur Versorgung verbessert werden. Die Förderung von Maßnahmen nach § 105 SGB V soll daher auch die Beratung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – insbesondere vor Ort in den Praxen – sowie eine Erhebung von Daten zur Barrierefreiheit beinhalten. Dabei sollen die Patientenorganisationen einbezogen werden. Zur besseren Transparenz für Versicherte sind die Merkmale zur Barrierefreiheit von Arztpraxen aktuell und allgemein zugänglich zu veröffentlichen.

28. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c sind in § 105 Absatz 1b nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

„Soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen telemedizinische Versorgungsangebotsformen nach § 105 Absatz 1b Satz 2 betreiben, dürfen sie Sozialdaten, sofern sie besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 sind, auch durch eigene Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen nur auf Grundlage einer schriftlichen oder elektronischen oder per Ziffernwahl am Telefon erklärten Einwilligung nach Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 verarbeiten. Die Einwilligung muss sich dabei auf die konkrete telemedizinische Versorgungsangebotsform beziehen."

Begründung:

§ 105 Absatz 1b SGB V erweitert und flexibilisiert die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung durch Einrichtungen sicherzustellen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten aufgrund dieser Vorschrift mit der Möglichkeit, mobile oder telemedizinische Versorgungsangebotsformen zu betreiben, weitere Sicherstellungsinstrumente, welche gesetzlich bislang nicht vorgesehen sind.

Die bisher vorgesehene Regelung des § 105 Absatz 1b SGB V wird jedoch mit Blick auf § 285 Absatz 1 Nummer 2 SGB V dem Bestimmtheitsgrundsatz hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht gerecht. Für Betroffene ist nicht erkennbar, innerhalb welcher Grenzen das Verarbeiten personenbezogener Daten zulässig sein soll. Eine begriffliche Definition der „telemedizinischen Versorgungsangebotsformen" erhält das SGB V nicht. Dieser Begriff ist aufgrund seiner inhaltlichen Weite ungeeignet, erkennen zu lassen, inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang auch personenbezogene Daten der betroffenen Personen verarbeiten können sollen.

Überdies ist bisher nicht zu erkennen, ob und inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Angebots einer telemedizinischen Versorgung datenschutzrechtlich befugt sein sollen, Gesundheitsdaten von Versicherten zu verarbeiten oder ob sie auf Grundlage ihres Sicherstellungsauftrags lediglich befugt sein sollen, die Versorgung durch einen Arzt zu vermitteln.

Um die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von telemedizinischen Versorgungsangebotsformen in datenschutzrechtlicher Hinsicht rechtssicher auszugestalten, ist die Datenverarbeitung auf die Grundlage einer Einwilligung zu stellen. Grundsätzlich ist insoweit eine schriftliche oder elektronische Einwilligung zu fordern, die auch durch die Aktivierung eines Kontrollfeldes erteilt werden kann. Um telemedizinische Angebote auch als Telefonberatung betreiben zu können, ist für diese spezifische Situation auch die Erteilung einer Einwilligung per Ziffernwahl am Telefon zuzulassen.

29. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c sind in § 105 Absatz 1b Satz 3 die Wörter „oder eine drohende ärztliche Unterversorgung" zu streichen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit der Neuregelung verpflichtet werden, bei einem Beschluss des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 SGB V zur Unterversorgung beziehungsweise zur drohenden ärztlichen Unterversorgung, zwingend nach der angegebenen Frist eine Eigeneinrichtung einzurichten.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung erscheint aber als zu weitgehender Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungskörperschaften und zum Teil bereits aus rein organisatorischen Gründen nicht ohne weiteres umsetzbar.

So erscheint es insbesondere zu weitgehend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch unmittelbar ab Wirksamwerden eines Beschlusses des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 SGB V zur drohenden ärztlichen Unterversorgung zum Betrieb solcher Einrichtungen verpflichtet sein sollen. Ziel des Beschlusses zur drohenden Unterversorgung ist es, insbesondere in diesen Bereichen, für die die Versorgung noch sichergestellt ist, die Übernahme von Praxen zu fördern. Die Einrichtung von Eigenpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits zu diesem Zeitpunkt würde diese Maßnahmen konterkarieren und potenzielle Interessenten einer Praxisübernahme abhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden damit in einen Wettbewerb um ärztlichen Nachwuchs mit den Vertragsärzten eintreten.

Zudem wird die unmittelbare Erfüllung dieser Pflicht häufig rein praktisch nicht möglich sein, weil die Errichtung und der Betrieb von Eigeneinrichtungen eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs und einer Anzahl an qualifizierten Ärzten bedürfen.

Auch erfordert es das Selbstverwaltungsrecht, den Körperschaften einen grundsätzlichen Entscheidungsspielraum zu belassen, mit welchen Maßnahmen (zum Beispiel Niederlassungsförderung) in einzelnen Planungsbereichen einer festgestellten Unterversorgung zweckmäßig begegnet werden kann.

Eine Pflicht zu Errichtung und Betrieb von Einrichtungen sollte Ultima Ratio sein und erst dann gelten, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung innerhalb einer bestimmten Frist nicht in der Lage war, die (drohende) Unterversorgung mit den von ihr gewählten Maßnahmen zu beseitigen und faktisch eine ärztliche Unterversorgung festgestellt ist.

30. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c ist in § 105 Absatz 1b Satz 3 das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Ausweitung der Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich von Eigeneinrichtungen stellt ein geeignetes Instrument dar, um die vertragsärztliche Versorgung in schlechter versorgten Regionen zu stabilisieren und zu stärken. Die Vorgabe einer Pflicht zum Betrieb solcher Einrichtungen, wenn es innerhalb einer gewissen Frist nicht gelungen ist, Unterversorgung beziehungsweise drohende Unterversorgung abzuwenden, ist ebenfalls zu begrüßen.

Allerdings sollte den Kassenärztlichen Versorgungen auch ausreichend Zeit gewährt werden, um die Eigeneinrichtungen tatsächlich zu errichten und in Betrieb zu nehmen. Denn die erforderliche Bereitstellung finanzieller, standortgebundener und personeller Ressourcen wird regelmäßig eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs bedürfen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollte als Selbstverwaltungskörperschaften überdies der grundsätzliche Entscheidungsspielraum bei der Wahl der Sicherstellungsinstrumente in den schlechter versorgten Planungsbereichen belassen werden, da sie mit den regionalen Besonderheiten und Bedürfnissen der einzelnen Planungsbereiche zumeist besser vertraut sind. Durch die kurze Frist bis zur verbindlichen Errichtung einer Eigeneinrichtung könnte der Fall eintreten, dass die übrigen Sicherstellungsmaßnahmen selbst bei stringentester Umsetzung ihre Wirksamkeit und Tauglichkeit nicht mehr unter Beweis stellen können.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass bereits reguläre Zulassungsverfahren eine längere Dauer als sechs Monate haben können, insbesondere wenn Unterlagen oder Nachweise nachgefordert werden müssen. Bei einer Frist von nur sechs Monaten könnte eine Kassenärztliche Vereinigung somit zum Betrieb einer Eigeneinrichtung verpflichtet sein, selbst wenn unmittelbar nach Feststellung der Unterversorgung bereits durch andere Maßnahmen ein niederlassungswilliger Arzt gefunden wurde, jedoch das Zulassungsverfahren noch andauert. Die kurze Fristbindung kann somit zu einer unwirtschaftlichen Überschneidung von Sicherstellungsmaßnahmen führen.

Vor diesem Hintergrund erscheint die derzeitig mit einem erfolglosen Fristablauf von höchstens sechs Monaten verknüpfte, normierte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung als zu kurz. Die Verpflichtung sollte vielmehr erst dann gelten, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung nach Ablauf einer Frist von zwölf Monaten nicht in der Lage war, die Unterversorgung mit den von ihr gewählten Maßnahmen zu beseitigen.

Die verlängerte Frist schließt dabei nicht aus, dass auch die Kassenärztliche Vereinigung von Beginn an die Etablierung einer eigenen Einrichtung als sinnvollste Maßnahme ansieht und diese bereits vor Ablauf der Frist ergreift.

31. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e (§ 105 Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e ist dem § 105 Absatz 4 folgender Satz anzufügen:

„Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen kann entscheiden, die Sicherstellungszuschläge auch nach Aufhebung der Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 noch für einen begrenzten Zeitraum weiter zu gewähren, um die Versorgungslage nachhaltiger zu stabilisieren.“

Begründung:

Die Einführung von verbindlichen Sicherstellungszuschlägen für Ärzte in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen kann einen wichtigen Beitrag zu Stärkung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung leisten.

Die Gewährung der Zuschläge ist derzeit jedoch unmittelbar an die Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V geknüpft. Sobald die entsprechenden Feststellungen aufgehoben werden, entfallen auch die bis dahin gewährten Sicherstellungszuschläge mit sofortiger Wirkung. Eine abrupte Beendigung der Leistungen, insbesondere im laufenden Quartal, kann dabei zu erheblichen Planungsunsicherheiten in der Ärzteschaft und zu Schwierigkeiten bei der Abrechnung führen.

Auch kann es zur nachhaltigen Stabilisierung der Versorgung sinnvoll sein, den Zuschlag für eine gewisse Dauer weiter zu gewähren, um einen zeitnahen Rückfall in die Unterversorgung auszuschließen.

Es sollte daher in das Ermessen des Landesausschusses gestellt werden, Zuschläge auch nach Entfallen der Feststellungen nach § 100 Absatz 1 beziehungsweise Absatz 3 SGB V für einen begrenzten Zeitraum weiter zu gewähren.

32. Zu Artikel 1 Nummer 70 (§ 130a Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat stellt fest, dass die vorgesehene Mehrfachrabattierung von Impfstoffen die bereits jetzt angespannte Liefersituation verschärfen könnte. Für eine gesicherte Versorgung werden stabile Rahmenbedingungen und auskömmliche Preise benötigt.

Begründung:

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, um Infektionskrankheiten zu verhindern. Durch Impfprogramme ist es gelungen, Infektionskrankheiten weltweit auszurotten. Zudem können Impfungen gegen gefährliche Bakterien dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu vermeiden und so einen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Deshalb hat die Bundesregierung in der Vergangenheit wichtige Schritte zur Erhöhung der Impfquoten unternommen. So wurden zum Beispiel mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention festgeschrieben. Dazu gehören unter anderem eine besondere Betonung des Impfschutzes bei Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Für die Erreichung der Impfquoten ist die uneingeschränkte Verfügbarkeit der Impfstoffe notwendig.

Um den Besonderheiten des Impfstoffmarktes (wenige Anbieter, komplexe Herstellung) und den (dadurch) wiederkehrenden Versorgungsproblemen Rechnung zu tragen und um die Impfquote zu verbessern, wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMVSG) die Möglichkeit von Impfstoff-Ausschreibungen der Krankenkassen im Jahr 2017 wieder gestrichen.

Krankenkassen reagierten auf die Neuregelung zum Teil mit speziellen Grippeimpfstoffvereinbarungen, die mitunter eine Versorgung mit nur einem Anbieter vorsahen.

Für eine zuverlässige Versorgung mit (tetravalenten Grippe-) Impfstoffen sollte in Anbetracht der komplexen Produktionsprozesse mit langen Vorlaufzeiten und einem Markt mit nur sehr wenigen Anbietern jedoch kein Anbieter von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Mit dem Gesetzentwurf reagiert der Gesetzgeber auf das Marktgeschehen und regelt die Versorgung mit Impfstoffen neu.

Die vorgesehene Regelung mit einem definierten Apothekenaufschlag scheint grundsätzlich geeignet, die Anbietervielfalt und damit Liefer- und Versorgungssicherheit von Impfstoffe zu verbessern.

Das Europäische Referenzpreissystem in Verbindung mit der Erweiterung des Länderkorbs und der Herstellerabschlag senken zudem die Kosten und stellen eine wirtschaftliche Impfstoffversorgung mit uneingeschränkter Auswahlmöglichkeit der Ärzte aus allen verfügbaren Impfstoffen sicher.

Problematisch scheint im Hinblick auf die vollständige Marktversorgung die vorgesehene Mehrfachrabattierung von Impfstoffen, der laut Gesetzesbegründung mit der Öffnung des Grippemarktes für alle Anbieter in Zusammenhang steht. Ein zusätzlicher gesetzlicher Abschlag in Höhe von 5 Prozent bei Impfstoffen und von 10 Prozent bei saisonalen Grippeimpfstoffen könnte die bereits jetzt angespannte Liefersituation bei Impfstoffen verschärfen.

Die im Vergleich zu den Vorjahren vergleichsweise niedrige kumulative Anzahl der freigegebenen Grippeimpfstoffdosen scheint die wenig verlässlichen Rahmenbedingungen der jüngeren Vergangenheit widerzuspiegeln. Denn Produktionsplanung und mittel- bis langfristiger Ausbau von Produktionskapazitäten für eine gesicherte Versorgung benötigen zwingend stabile Rahmenbedingungen und auskömmliche Preise.

Auch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Impfungen sollte im Blick behalten werden. Die Grippewelle im Winter 2017/18 war laut Robert Koch-Institut die schwerste seit mindestens 17 Jahren.

Die Zielquoten für Grippeschutzimpfungen werden seit Jahren bei weitem nicht erreicht und liegen bei Senioren bei 50 Prozent, bei chronisch Kranken bei 40 Prozent und bei medizinischem Personal bei 35 Prozent.

Entsprechend kam es zu circa neun Millionen Influenza-bedingten Arztbesuchen, circa 5,3 Millionen Influenza-assoziierte Arbeitsunfähigkeiten und circa 45 000 Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen. Damit einher gingen Engpässe in der stationären Versorgung und hohe Kostenanstiege für die ambulante Versorgung und Lohnersatzleistungen. Allein für Berlin wurden 1 100 Influenza-assoziierte Todesfälle geschätzt.

Es scheint fraglich, ob eine gegebenenfalls höhere Bereitschaft zur Grippeimpfung in diesem Jahr bedient werden könnte.

33. Zu Artikel 1 Nummer 73 Buchstabe a (§ 132d Absatz 1 Satz 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 73 Buchstabe a ist dem § 132d Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

„Hierzu gehören insbesondere Übergangsregelungen für Leistungserbringer in nicht versorgten Regionen, die noch nicht alle festgelegten Voraussetzungen erfüllen und die Berücksichtigung der aufgewandten Personal- und Sachkosten für An- und Abfahrten."

Begründung:

Für die Vergütungsverhandlungen auf Landesebene ist die unbestimmte Bezeichnung der angemessenen Berücksichtigung regionaler Besonderheiten durch eine nicht abschließende Aufzählung näher zu beschreiben. Insbesondere vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Versorgung sind Übergangsregelungen erforderlich, soweit und solange zum Beispiel aufgrund eines Ärzte- und/oder Fachkräftemangels nicht alle festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden können und kein anderer Leistungserbringer die betroffene Region versorgt.

Zudem sollte auch die Berücksichtigung der aufgewandten Personal- und Sachkosten für den besonderen Wegeaufwand im Gesetzestext genannt werden, um eine Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung sicherzustellen.

34. Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 76 folgende Nummer 76a einzufügen:

„76a. § 135b Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben."

Begründung:

§ 135b Absatz 4 SGB V eröffnet den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über § 87a SGB V hinaus weitere vertragliche Gestaltungsspielräume im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung. § 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V soll gestrichen werden, da diese Regelung die breite Anwendung des § 135b Absatz 4 Satz 1 SGB V verhindert, obwohl dieser versorgungspolitisch wertvolle Ziele verfolgt.

Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der

gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, ist anzustreben, dass diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht wird, sodass die Gegenfinanzierung schon systematisch nicht mehr gewährleistet werden kann, weil immer weniger Ärzte den Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Daher verhindert die Malus-Regelung des § 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V die breitere Anwendung der grundsätzlich sinnvollen Norm.

35. Zu Artikel 1 Nummer 76b – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 76a – neu – folgende Nummer 76b einzufügen:

‚76b. Nach § 135c wird folgender § 135d eingefügt:

„§ 135d

Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die ergänzende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entsprechen und insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

(2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

(4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, den Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden oder von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets zu bereinigen. Die Bereinigung hat entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach Absatz 1 inanspruchnehmenden Versicherten sowie der in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalte zu erfolgen. Die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 Krankenhausentgeltgesetz bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Einfügung eines § 135d SGB V nimmt in erster Linie die Weiterentwicklung der Grundversorgung (Regelversorgung) in den Fokus und unterscheidet sich damit von den bisherigen Regelungsmöglichkeiten des § 140a SGB V (Selektivverträge). Ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage ist eine Verbesserung und Weiterentwicklung beziehungsweise die Berücksichtigung von regionalen Bedingungen der Regelversorgung nicht möglich. Aus diesen Gründen ergibt sich, trotz der bestehenden Regelungen des § 140a SGB V, ein zusätzlicher Regelungsbedarf für die neue Vorschrift des § 135d SGB V.

Die Regelung stellt die Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Vertragspartner nach § 72 SGB V im Rahmen der Regelversorgung für ergänzende Verträge klar. Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von

Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Beispielsweise nach Ende von Modellvorhaben (zum Beispiel wegen Erreichens der maximalen Laufzeit von acht Jahren) hat sich gezeigt, dass – wenn diese Leistung für die Einführung in die Regelversorgung prädestiniert ist, das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aber noch durchzuführen ist – keine Anschlussregelungen möglich sind. Um hier einen lückenlosen Übergang eines erfolgreichen Modells in die Regelversorgung zu gewährleisten, sind vertragliche Regelungen erforderlich, die es den bisherigen Vertragspartnern ermöglichen, bis zur endgültigen Entscheidung des G-BA und Bewertung der Leistung diese vorübergehend weiter anbieten zu können, um einen Bruch und eine Kostenerstattung wegen Systemversagens in der Versorgung zu vermeiden.

Im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über den § 87a SGB V hinaus mit dem § 135b Absatz 4 SGB V weitere gesamtvertragliche Gestaltungsräume eröffnet. Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, wird diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht, sodass die Gegenfinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, weil keine Ärzte mehr Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Diese Vorschrift ist deshalb bisher nirgends zur Anwendung gekommen und für den intendierten Zweck daher nicht alternativ nutzbar.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Die Einfügung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die mit Modell- oder Selektivverträgen einhergehenden Vorlaufzeiten und Aufwände erforderlich sind. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des G-BA möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes und der technischen Möglichkeiten anzubieten. Des Weiteren sind davon auch Leistungen betroffen, die nur einmalig für den Versicherten zur Abrechnung gelangen können, wie zum Beispiel die erweiterten Kinderuntersuchungen U10, U11 und J2. Weitere Fallgestaltungen können sich zum Beispiel aus einer umfassenderen Bereitstellung von Telemedizin, Gesundheits-Apps, im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Leistungen oder im Zusammenhang mit fachärztlichen Videokonsilen ergeben.

Dabei werden die für den stationären Sektor geltenden Qualitätsbestimmungen des G-BA, die Grundsätze der dualen Finanzierung und die in der Verantwortung der Länder liegenden krankenhausplanerischen Festlegungen durch die Verträge nach § 135d SGB V nicht berührt.

36. Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a0 – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 80 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a0 voranzustellen:

‚a0) In §140a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Krankenkassen“ die Wörter „und ihre Verbände“ eingefügt.‘

Begründung:

§ 140a Absatz 1 SGB V eröffnet Krankenkassen ein unbürokratisches Instrument zum Abschluss von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung. Diese Abschlusskompetenz sollte auch Krankenkassenverbänden zustehen. So können einem noch breiteren Versichertenkreis erleichtert innovative Modelle zur besonderen Versorgung angeboten werden. Ein Gesetzesvergleich mit § 63 Absatz 1 Satz 1 SGB V, der den Abschluss innovativer Modellvorhaben eröffnen soll, zeigt, dass an anderer Stelle der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden bereits dieselben Optionen zur Vertragsgestaltung eingeräumt hat.

Aufgrund der Verpflichtung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung unter Maßgabe der besonderen Regelungen aus § 73b Absatz 4 SGB V ist dagegen keine analoge Formulierung zu § 73b Absatz 1 Satz 1 SGB V naheliegend.

37. Zu Artikel 1 Nummer 80a – neu – (§ 140f Absatz 7 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 80 folgende Nummer 80a einzufügen:

‚80a. § 140f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie

die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen in angemessenem Umfang erstatten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildungen und Schulungen sowie Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“ ‘

Begründung:

Die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nehmen nach § 140f Absatz 3 SGB V auch auf Landesebene wichtige Mitberatungsrechte wahr.

Um die übertragene Beteiligung umfassend, kompetent und verantwortlich organisieren zu können, benötigen sie eine für diese Aufgaben zugeschnittene Unterstützung.

Nur so kann längerfristig sichergestellt werden, dass die Patientenvertreterinnen und -vertreter im Zusammenwirken mit den relevanten Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die Patientensicht und -stimme wirksam einbringen und vertreten.

Der Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf besteht auf Landesebene in vergleichbarer Form wie auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die rechtlichen Möglichkeiten der organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung sollen deshalb auf dieser Ebene angeglichen werden.

Insbesondere wird die angemessene Erstattung von Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen ermöglicht.

38. Zu Artikel 1 Nummer 91 (§ 274 Absatz 1 Satz 7 und Satz 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 91 ist wie folgt zu fassen:

‚91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Prüfbehörden nach Satz 1 und 2 können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien und Fachberater für Informationstechnologie mit einzelnen Bereichen der Prüfungen beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten nach Satz 7 sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.“ ‘

Begründung:

Zur Unterstützung der Prüfungen nach § 274 SGB V soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass die zuständigen Bundes- und Landesbehörden bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder Fachberater für Informationstechnologie mit Prüfungen beauftragen können. Besondere Fälle liegen insbesondere dann vor, wenn während der Prüfung eine besondere Problemstellung erkannt wird, die Spezialwissen erfordert und durch eine externe Bewertung dieses Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist.

Dies gilt ebenso wie bei Prüfungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auch für Prüfungen des Bundeversicherungsamtes und der Prüfbehörden der Länder und soll auf Fachberater für Informationstechnologie ausgeweitet werden.

39. Zu Artikel 1 Nummer 95a – neu – (§ 287a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 95 folgende Nummer 95a einzufügen:

‚95a. Nach § 287 wird folgender § 287a eingefügt:

„§ 287a

Übermittlungspflicht der Finanzbehörden

(1) Die Finanzbehörden übermitteln den gesetzlichen Krankenkassen für die freiwillig versicherten Mitglieder, für die die Krankenkassen bis zum 28. Februar des Folgejahres die Höhe der gezahlten Beiträge zu übermitteln haben (§ 10 Absatz 2a Satz 4 Einkommenssteuergesetz) in einem automatisierten Verfahren jährlich die maschinell vorhandenen Feststellungen zu:

a) Erstelldatum des Steuerbescheides,
b) Kalenderjahr, für den der Steuerbescheid erstellt wurde,
c) Art des Bescheides (Ursprungs- oder Änderungsbescheid),
d) Datum des korrigierten Ursprungsbescheides,
e) Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, ohne Abzug der Werbungskosten),
f) Einkünfte aus Gewerbebetrieben,
g) Sonstige Einnahmen,
h) Summe der zu besteuernden Renten,
i) Kapitalerträge,
j) Werte aus der Steuervorauszahlung,
k) Einkünfte aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit,
l) Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
m) Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
n) Sonstige Einkünfte – Einnahmen aus Unterhaltsleistungen –,
o) Erläuterungen zur Festsetzung und

p) Inhalt der Rechtsbehelfsbelehrung.

Die Krankenkassen dürfen diese Daten nur zur Berechnung der Beitragshöhe der freiwillig versicherten Mitglieder verwenden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere über das Verfahren der automatisierten Datenübermittlung durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.“ ‘

Begründung:

Im Zeitalter des elektronischen Datenaustausches und der voranschreitenden Digitalisierung sollte die heutige Einbahnstraße von Datenlieferungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) an die Finanzverwaltung in die andere Melderichtung geöffnet werden, in dem ein Austausch der Daten des Steuerbescheides von den Finanzämtern an die gesetzlichen Krankenkassen für den Personenkreis der in der GKV freiwillig Versicherten (zum Beispiel Selbständige) implementiert wird. Bisher melden die Krankenkassen für diese Personenkreise einseitig an die Finanzbehörden bis zum 28. Februar eines Kalenderjahres die im vorherigen Kalenderjahr entrichteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Schaffung eines solchen beiderseitigen Datenaustausches wird zu einer wesentlichen Vereinfachung der Beziehungen zwischen Mitgliedern, Finanzämtern und Krankenkassen beitragen.

Gegenstand der Änderung ist die Implementierung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen Finanzämtern und Krankenkassen, mit dem Ziel, den Krankenkassen künftig für die Mitglieder, deren Beitragshöhe jährlich den Finanzämtern übermittelt wird, im Gegenzug den Steuerbescheid elektronisch zu übermitteln.

Dies ist notwendig, weil die Finanzämter immer mehr von Papierbescheiden Abstand nehmen und künftig noch mehr als heute elektronische Bescheide (ELSTER) an die Steuerpflichtigen versenden. Hier macht es Sinn, den Krankenkassen ebenfalls eine digitale Version des Einkommensteuerbescheides zukommen zu lassen, so dass ein Mitglied nach Erhalt der digitalen Version von der Finanzbehörde, diesen Bescheid nicht mehr ausdrucken und an die Krankenkasse senden muss, was der Verwaltungsvereinfachung dient und dem Mitglied darüber hinaus Papier- und Portokosten erspart.

Für das Meldeverfahren muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, wie sie im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes für die Meldungen der Krankenkassen an die Finanzbehörden bereits in eine Melderichtung geschaffen wurde; die Datensatzstrukturen lehnen sich an dieses Verfahren an.

Für die Beitragsberechnung der freiwillig Versicherten benötigen die Krankenkassen die Angabe und Höhe unterschiedlicher Bruttoeinnahmen der Steuerpflichtigen, um eine beitragsrechtliche Einstufung vornehmen zu können. Im Einzelnen sind dies:

– Erstelldatum des Steuerbescheides,
– Kalenderjahr, für den der Steuerbescheid erstellt wurde,
– Art des Bescheides (Ursprungs- oder Änderungsbescheid),
– Datum des korrigierten Ursprungsbescheides,
– Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, ohne Abzug der Werbungskosten),
– Einkünfte aus Gewerbebetrieben,
– Sonstige Einnahmen – zum Beispiel Leibrenten –,
– Summe der zu besteuernden Renten,
– Kapitalerträge,
– Werte aus der Steuervorauszahlung (ist erforderlich zur Prüfung der Beitragshöhe des Selbständigen bei einem Gewinnbruch),
– Einkünfte aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit,
– Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
– Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
– Sonstige Einkünfte – Einnahmen aus Unterhaltsleistungen –,
– Erläuterungen zur Festsetzung und
– Inhalt der Rechtsbehelfsbelehrung (zum Beispiel ausländische Bezüge).

40. Zu Artikel 1 Nummer 99 Buchstabe d (§ 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 99 Buchstabe d sind in § 295 Absatz 4 Satz 3 die Wörter „erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022“ durch die Wörter „erstmals bis zum 1. Januar 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021“ zu ersetzen.

Begründung:

Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses unter anderem im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes von großer Bedeutung. Da die vorbereitenden Arbeiten für die festzulegenden Schlüssel und Prüfmaßstäbe bereits weit fortgeschritten sind, können die Daten durch die Vorverlegung der gesetzlichen Fristen im Vergleich zum Gesetzentwurf ein Jahr früher nutzbar gemacht werden.

Die erstmalige Festlegung soll somit bereits bis zum 1. Januar 2020 zu erfolgen. Diese Version soll Grundlage dafür sein, um eine Schulung der betroffenen Ärzte sowie die Erprobung der Regelungen zur Kodierung in der Arztpraxis und auch notwendige Anpassungen der Praxissoftware zu ermöglichen, damit diese schon zum 1. Januar 2021 wirksam werden können.

41. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und Satz 5 – neu – SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 6 ist § 47a Absatz 3 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung, für den Abschluss der Rahmenverträge nach dem SGB XI, für die Leistungsgewährung sowie für die Abrechnung von Leistungen bei den Pflegekassen, deren Verbänden und den örtlichen sowie überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land zuständig sind,“

bb) Nummer 2 und 3 sind zu streichen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Ebenso dürfen die örtlichen sowie überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die Stellen in Satz 1 Nummer 4 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Einfügung des neuen § 47a Absatz 3 SGB XI wird grundsätzlich begrüßt. Es ist jedoch wichtig, dass die gesetzliche Regelung auch die Übermittlung der Daten durch die Stellen nach § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI an die Stellen erfasst, die bei den jeweiligen Sozialhilfeträgern für die Vertragsangelegenheiten nach dem SGB XI zuständig sind. Die von der Bundesregierung vorgesehene Formulierung in § 47a Absatz 3 Nummer 1 SGB XI greift hier zu kurz, weil die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger nach dem SGB XI nicht befugte Empfänger der Datenübermittlung sind.

Die jeweils für die Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger müssen jedoch ebenfalls Adressat der Datenübermittlung sein, weil eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche und effiziente Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs die Etablierung eines engen Kooperations- und Kommunikationssystems der im Pflegesektor agierenden wichtigsten Institutionen ist. Hierzu gehören neben den Pflegekassen, auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Landeskriminalämter, die Staatsanwaltschaften und die Sozialhilfeträger.

Die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger und die Pflegekassen müssen sich bei schweren Verdachtsfällen ein Gesamtbild zu einem Pflegedienst verschaffen und sind auf einen gegenseitigen Austausch angewiesen. Insbesondere bei bereits festgestelltem Leistungsmissbrauch ist die jeweilige Stelle, die für den Träger der Sozialhilfe für die Aufgabenwahrnehmung „Erteilung des Einvernehmens“ gemäß § 74 Absatz 1 und 2 SGB XI in Vertragskündigungsverfahren zuständig ist, mit den notwendigen Daten zu versorgen. Ist die Übermittlung der Daten nicht zulässig, müssten die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen mangels sachlicher Prüfungsgrundlage entweder das Einvernehmen pauschal nicht erteilen oder ohne mögliche inhaltliche Prüfung der Vorwurfsfälle das Einvernehmen erklären.

Zu Buchstabe b:

Zur erfolgreichen Bekämpfung von Abrechnungsbetrug sollte zudem der gegenseitige Austausch an Informationen zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Sozialhilfeträger erfolgen. Ein zweiseitiger Austausch ist Voraussetzung, um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksam umsetzen zu können.

Insbesondere vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Erweiterung des § 78 SGB XII auf den Pflegebereich im Rahmen der Änderungen des Bundesteilhabegesetzes durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung rechtlich besser abzusichern.

42. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a – neu – SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 6 ist in § 47a Absatz 3 Satz 1 nach Nummer 3 folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,“

Begründung:

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Sofern ein Land eine Förderung im Sinne des § 9 SGB XI gewährt, ist die rechtmäßige Gewährung der Fördermittel sicherzustellen. Ein Leistungsmissbrauch ist zu verhindern. Hierfür bedarf es, je nach Ausgestaltung des Landesrechts, eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI genannten Stellen und den Stellen, die für die Förderung zuständig sind.

Eine Berücksichtigung der Stellen, die für eine Förderung nach § 9 SGB XI zuständig sind, ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Ein Datenaustausch mit den in § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI genannten Stellen wäre damit ausgeschlossen, wodurch eine Bekämpfung von Leistungsmissbrauch erschwert wäre.

43. Zu Artikel 15 Nummer 6 – neu – (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Ärzte-ZV) **und Artikel 15a – neu –** (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Zahnärzte-ZV)

a) Dem Artikel 15 ist folgende Nummer 6 anzufügen:

‚6. Dem § 32 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren; dabei ist den Besonderheiten der Medizinischen Versorgungszentren Rechnung zu tragen.“ ‘

b) Nach Artikel 15 ist folgender Artikel 15a einzufügen:

‚Artikel 15a

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Dem § 32b Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren; dabei ist den Besonderheiten der Medizinischen Versorgungszentren Rechnung zu tragen.“ ‘

Begründung:

Die Regelungen der Bundesmantelverträge, wonach mit Blick auf die Sicherstellung der persönlichen Leitung jeder Vertrags(zahn)arzt nur eine eng begrenzte Zahl Angestellter beschäftigen darf, gelten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht. Diese haben zwar eine eigene Zulassung, sind jedoch nicht Vertrags(zahn)ärzte. Insoweit fehlt es derzeit an einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungsnorm für eine vergleichbare Regelung für MVZ in den Bundesmantelverträgen.

Dies trägt mit dazu bei, dass in Großstädten und Ballungsgebieten Groß-MVZ mit vielen angestellten Ärzten oder Zahnärzten entstehen. Im Umkehrschluss bedeutet es auch, dass weniger Ärzte / Zahnärzte eine Anstellung oder Niederlassung auf dem Land in Betracht ziehen.

Es ist daher erforderlich, auch für angestellte Ärzte und Zahnärzte in MVZ die Möglichkeit einer zahlenmäßigen Begrenzung in den Bundesmantelverträgen zu schaffen. Dabei ist den Besonderheiten eines MVZ von den Vertragspartnern Rechnung zu tragen.

d) Gegenäußerung der Bundesregierung vom 12. Dezember 2018 (Drucksache 19/6436)

1. Zum Gesetzentwurf allgemein

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stimmt der Auffassung des Bundesrates zu. Im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung sind gesetzliche Änderungen vorgesehen, die für die Verwendung von elektronischen Verschreibungen notwendig sind.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gesetzlich beauftragt, grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu bestimmen sowie wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit festzulegen (§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 136a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Dazu gehören auch Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Die Arzneimitteltherapiesicherheit ist ein wesentlicher Aspekt der Patientensicherheit, für die der G-BA in der Qualitätsmanagement-Richtlinie maßgebliche Anforderungen bestimmt hat. Der gezielte Einsatz von Apothekerinnen und Apothekern kann dabei ein wichtiger Baustein im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in stationären Einrichtungen sein. Ein solcher Einsatz von Apothekerinnen und Apothekern auf den Stationen der Krankenhäuser ist bereits nach geltendem Recht möglich und wird zunehmend in Kliniken auch praktiziert. Die Bundesländer besitzen zudem die Möglichkeit, in ihren Gesetzen Regelungen zum Einsatz von Apothekerinnen und Apothekern in stationären Einrichtungen zu treffen, die regionalen Besonderheiten, Strukturen und Versorgungsangeboten Rechnung tragen können. Aus Sicht der Bundesregierung ist vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Vorgaben für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie unterschiedlicher Versorgungsstrukturen kein weiterer Bedarf an spezifischen bundesgesetzlichen Regelungen zu einzelnen Aspekten (wie dem Einsatz von Stationsapothekerinnen oder -apothekern oder anderen Einzelaspekten) des Gesamtkonzeptes zur Patientensicherheit und zum Qualitätsmanagement erforderlich.

2. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 27a Absatz 4 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu – (§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung teilt das Anliegen des Bundesrates. Im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung ist eine gesetzliche Änderung zur Verbandmitteldefinition vorgesehen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a (§ 37b Absatz 4 Satz 1 SGB V) **und Buchstabe b – neu –** (§ 37b Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes zur vertraglichen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b Absatz 4 SGB V ist auf eine statistische Auswertung der von den Krankenkassen geschlossenen Versorgungsverträge und deren Leistungsausgaben gerichtet. Sie ist eingebettet in einen einheitlichen Bericht über mehrere Leistungsbereiche der Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung nach § 87 Absatz 1b Satz 6 SGB V, der Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2a Satz 3 SGB V und der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g Absatz 5 SGB V. Insoweit erscheint eine lediglich selektive Beteiligung der Leistungserbringerseite in der SAPV nicht angezeigt. Im Übrigen

ist der Bericht des GVK-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung auf dessen Internetseite veröffentlicht und steht damit den eigenen Bewertungen der Leistungserbringerseite zur Verfügung.

5. **Zu Artikel 1 Nummer 27** (§ 53 Absatz 5 und Absatz 8 Satz 1 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Für einen Wahltarif, den bundesweit lediglich rund 500 Versicherte in Anspruch nehmen, besteht keine Notwendigkeit mehr, die den mit der Durchführung des Tarifs zwangsläufig verbundenen Verwaltungsaufwand rechtfertigen würde.

6. **Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a** (§ 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Dies betrifft im Kern die Frage, inwieweit im Rahmen der Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) die Erfüllung aller 43 Kriterien durch die klinischen Krebsregister innerhalb der im Gesetzentwurf nunmehr vorgesehenen Nachbesserungsfrist von zwei Jahren realistisch ist.

7. **Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a** (§ 75 Absatz 1a SGB V)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

8. **Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe a0 – neu –** (§ 87a Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Soweit regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur berücksichtigt werden sollen, können die Gesamtvertragspartner auch einen Zuschlag auf den Orientierungswert vereinbaren (§ 87a Absatz 2 Satz 2 SGB V). Soweit es darüber hinaus um besonders förderungswürdige Leistungen oder um Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern geht, können die Gesamtvertragspartner Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V vereinbaren. Gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Notfallversorgung sind im Übrigen Gegenstand des Koalitionsvertrags und werden derzeit geprüft. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu Nummer 26 verwiesen.

9. **Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa – neu –** (§ 87a Absatz 4 Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu – SGB V), **Doppelbuchstabe bb** (§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V) **und Buchstabe c Doppelbuchstabe cc** (§ 87a Absatz 5 Satz 13 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Vorschlag würde das bestehende Vergütungssystem in weitreichendem und nicht absehbarem Ausmaß verändern. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) wurde bereits im Rahmen der sogenannten Konvergenzregelung in § 87a Absatz 4a SGB V eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes im Rahmen der Gesamtvergütung ermöglicht. Im Übrigen sind bei den entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigungen infolge der Konvergenzregelung Anpassungen erfolgt.

10. **Zu Artikel 1 Nummer 49** (§ 90 Absatz 3 Satz 4 SGB V)
Die Bundesregierung wird die Vorschläge zur pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die Stellvertretung der Vorsitzenden des Landesausschusses beziehungsweise erweiterten Landesausschusses entsprechend der Bitte des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

11. **Zu Artikel 1 Nummer 49** (§ 90 Absatz 4 Satz 3 SGB V)
Der Vorschlag, den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein allgemeines Antragsrecht einzuräumen, ist nach Auffassung der Bundesregierung grundsätzlich nachvollziehbar. Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

12. **Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b** (§ 92 Absatz 6a Satz 4 SGB V)
Die Bundesregierung wird prüfen, ob eine Anpassung erforderlich ist. Ziel der Ergänzung in § 92 Absatz 6a SGB V ist die Gewährleistung einer individuell bedarfsgerechten psychotherapeutischen Behandlung und damit eine weitere Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen.

13. **Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe c – neu –** (§ 92 Absatz 7e und Absatz 7f SGB V)
Die Bundesregierung wird prüfen, ob eine Umsetzung der Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag, wonach den Ländern künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretungen eingeräumt werden sollen, bereits im Rahmen dieses Gesetzentwurfes erfolgen kann.

14. **Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 95 Absatz 1a Satz 2 SGB V))
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Wie bereits in der Gesetzesbegründung ausgeführt, teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass aufgrund des komplexen Versorgungsbedarfs von Dialysepatientinnen und -patienten auch die mit einer Dialyse zusammenhängenden ärztlichen Leistungen in den entsprechenden MVZ angeboten werden können.

15. **Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b** (§ 95 Absatz 2 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

16. **Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 95 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V), **Doppelbuchstabe cc** (§ 95 Absatz 1a bisheriger Satz 2 SGB V) **und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa** (§ 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

17. **Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa** (§ 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V) **und Nummer 56 Buchstabe f – neu –** (§ 105 Absatz 5 Satz 1 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

18. **Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa** (§ 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

19. Zu Artikel 1 Nummer 52 (§ 95 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 53 (§ 96 Absatz 2a Satz 3 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Länderbeteiligung im Zulassungsausschuss sieht keine obligatorische Teilnahme vor, sondern kann sich auf relevante Verfahren konzentrieren. Das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherungsträger zuständigen obersten Landesbehörden stellt insofern gerade keine Mitberatungspflicht dar.

21. Zu Artikel 1 Nummer 53a – neu – (§ 100 Absatz 2 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung des § 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V setzt die Feststellung einer ärztlichen Unterversorgung oder einer drohenden Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V durch den Landesausschuss voraus. Die Regelung des § 100 Absatz 2 SGB V setzt voraus, dass durch (vorherige) Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden konnte und ist somit im Verhältnis zu Sicherstellungmaßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung, also auch zu Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, ohnehin subsidiär. Dabei ist es nach Auffassung der Bundesregierung nicht sachgerecht, die Regelung des § 100 Absatz 2 SGB V in das Ermessen der Landesausschüsse zu stellen.

22. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

23. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Auf die Antwort der Bundesregierung zu Nummer 22 wird verwiesen.

24. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a1 – neu – (§ 103 Absatz 1a – neu – SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, den Landesausschüssen die Möglichkeiten zu geben, Zulassungssperren schon ab 100 Prozent Versorgungsgrad auszusprechen.

25. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b (§ 103 Absatz 2 Satz 9 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Es gilt der Grundsatz, dass sich die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nicht nach der Anzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte richtet. Vielmehr ist hier – neben dem Umfang der vertragsärztlichen Leistungen – insbesondere der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf von wesentlicher Bedeutung (§ 87a Absatz 4 SGB V).

26. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 105 Absatz 1a Satz 3, Satz 4, Satz 4a – neu –, Satz 4b – neu – und Satz 4c – neu – SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Soweit dieser auf zusätzliche Fördermöglichkeiten im Bereich der Weiterbildung abzielt, weist die Bundesregierung aber bereits jetzt auf § 75a SGB V hin, der eine Spezialregelung zur Förderung der Weiterbildung enthält und im Rahmen der Vereinbarung nach § 75a Absatz 4 SGB V entsprechende Fördermöglichkeiten bietet.

27. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 – neu – SGB V) **und Buchstabe c** (§ 105 Absatz 1d – neu – SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag einer Beratungs- und Förderverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen. Die Bundesregierung unterstützt die Forderung des Bundesrates zur Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen. In der zweiten Auflage des Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP 2.0) ist die Förderung der Barrierefreiheit als zentrale ressortübergreifende Aufgabe in verschiedenen Handlungsfeldern beschrieben, unter anderem für das Gesundheitswesen durch Förderung barrierefreier Arztpraxen.

28. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Verarbeitung personenbezogener Daten für Zwecke der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten im Rahmen des Behandlungsvertrages durch Ärztinnen und Ärzte – auch für mobile und telemedizinische Versorgungsangebote – ist auf der Grundlage der bestehenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und des SGB V bereits zulässig und es deshalb keiner gesonderten Einwilligung hierfür bedarf.

29. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

30. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

31. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e (§ 105 Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Wenn die Voraussetzungen für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ggf. zum Teil kurzfristig entfallen, besteht kein Bedarf mehr für einen obligatorischen Sicherstellungszuschlag. Dies würde andernfalls zum Teil zu erheblichen Überfinanzierungen führen. Im Rahmen der Feststellung der drohenden Unterversorgung und eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs haben die Landesausschüsse ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung über obligatorische Sicherstellungszuschläge.

32. Zu Artikel 1 Nummer 70 (§ 130a Absatz 2 SGB V)
Die Bundesregierung teilt die Ansicht des Bundesrates, dass Impfungen zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten sind. Sie teilt auch die Ansicht, dass die Hersteller von Impfstoffen verlässliche Rahmenbedingungen benötigen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen

sicherstellen zu können. Die Bundesregierung wird das Anliegen prüfen.

33. Zu Artikel 1 Nummer 73 Buchstabe a (§ 132d Absatz 1 Satz 9 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine gesetzliche Benennung einzelner regionaler Besonderheiten, die bei den Vertragsverhandlungen zur SAPV angemessen zu berücksichtigen sind, würde der gesetzgeberischen Intention einer offenen und durch die Vertragspartner auf Krankenkassen- und Leistungserbringerseite zu konkretisierenden Regelung widersprechen und eher Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Berücksichtigungsfähigkeit dann nicht genannter Tatbestände erzeugen. Im Übrigen sind die in dem Vorschlag des Bundesrates genannten Übergangsregelungen für Leistungserbringer in nicht versorgten Regionen, die noch nicht alle festgelegten Voraussetzungen erfüllen, bereits Gegenstand der bestehenden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach dem bisherigen § 132d Absatz 2 SGB V und damit bundeseinheitlicher Regelungsgegenstand. Die in dem Vorschlag ebenfalls genannten Personal- und Sachkosten für An- und Abfahrten sind als besonderer Wegeaufwand in der Gesetzesbegründung als Beispiel für zu berücksichtigende regionale Besonderheiten genannt.

34. Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Ein vergleichbarer Vorschlag wurde bereits in der Gegenäußerung zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) zur im Wesentlichen gleichlautenden Stellungnahme des Bundesrates vom 24. September 2018 (BT-Drucksache 19/4552; dort Nummer 6 zu Artikel 2 Nummer 2c) mit Verweis auf die Effektivität einer Qualitätssteuerung abgelehnt. Die bislang enthaltene Ausgleichsregelung bewirkt zudem, dass diese Vertragsgrundlage nicht für sachfremde Verträge zur Anwendung kommt.

35. Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu – (§ 135d – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag aus den in der Gegenäußerung zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) zur im Wesentlichen gleichlautenden Stellungnahme des Bundesrates vom 24. September 2018 (BT-Drucksache 19/4552; dort Nummer 7 zu Artikel 2 Nummer 2d) genannten Gründen erneut ab.

36. Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a0 – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine Abschlusskompetenz der Verbände der Krankenkassen (also der Landesverbände und des GKV-Spitzenverbandes) würde dem Charakter der selektivvertraglichen Versorgung nach § 140a SGB V als krankenkassenindividuelle besondere Versorgung im Versorgungswettbewerb der Krankenkassen widersprechen.

37. Zu Artikel 1 Nummer 80 a – neu – (§ 140f Absatz 7 SGB V)
Der Zweck des Antrags, die Maßnahmen der organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung auf Bundes- und Landesebene anzugleichen, wird grundsätzlich begrüßt; tatsächlich ist die Handhabung der bisherigen Regelung in den Ländern sehr unterschiedlich. Der vorliegende Antrag bietet jedoch keine zielgerichtete Lösung der bestehenden Probleme. Die Bundesregierung wird das Anliegen weiter beobachten und zu einem späteren Zeitpunkt prüfen, ob Regelungsbedarf für eine adäquatere Regelung besteht.

38. Zu Artikel 1 Nummer 91 (§ 274 Absatz 1 Satz 7 und Satz 8 SGB V)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Auch die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder können gleichermaßen auf besondere Problemstellungen stoßen, die Spezialwissen erfordern und bei denen durch eine externe Bewertung des Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Das Prüfthema Informationstechnologie (insbesondere Datenschutz/Datensicherheit und Digitalisierung) erfordert aufgrund der Komplexität eine umfassende Qualifikation und Spezialwissen. Insofern ist es sinnvoll, auch dieses Thema an Spezialistinnen und Spezialisten abgeben zu können. Ob der Begriff „Fachberater für Informationstechnologie“ hierfür ausreichend bzw. zutreffend ist, muss geprüft werden.

39. Zu Artikel 1 Nummer 95a – neu – (§ 287a – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

40. Zu Artikel 1 Nummer 99 Buchstabe d (§ 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die vorgesehenen Zeiträume sind sachgerecht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Vorgaben von verbindlichen Regelungen zur Dokumentation und Übermittlung von Diagnosen an über acht Jahre Weiterentwicklung des ICD-10 Kataloges anzupassen und den durch das Gesetz erweiterten Anwendungsumfang (sektorenübergreifender Bereich) zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist auch ein Regelwerk für die OPS-Prozedurenkodes zu entwickeln. Anschließend ist ausreichend Zeit für die Softwareanpassungen und Softwarezertifizierung, die Implementierung und die Schulungen der Anwender vorzusehen.

41. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und Satz 5 – neu – SGB XI)
Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge insoweit ab, als es um eine allgemeine Ausweitung der Befugnis zur Weitergabe personenbezogener Daten auf die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger geht. Hiergegen bestehen durchgreifende Bedenken hinsichtlich der Bestimmtheit und der Verhältnismäßigkeit einer solchen Befugnisnorm. Ein zweiseitiger Austausch von Informationen zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Sozialhilfeträgern wird ebenfalls abgelehnt. Ansprechpartner für den Austausch von Informationen für die Sozialhilfeträger sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 47a SGB XI. Die Bundesregierung sagt eine weitere Prüfung des Antrags insoweit zu, als es um die Stellen geht, die für den Abschluss der Rahmenverträge nach dem SGB XI zuständig sind.

42. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a – neu – SGB XI)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Gewährt ein Bundesland hierbei Investitionskostenförderung, müssen wirkungsvolle Vorkehrungen gegen einen möglichen

Leistungsmissbrauch getroffen werden. Hierzu bedarf es eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI genannten Stellen und denjenigen Stellen, die für die Förderung zuständig sind. Die Erweiterung ist nicht nur sachgerecht, sondern auch hinreichend bestimmt, da in sämtlichen Bundesländern eine landesrechtliche Ausgestaltung durch formelles Gesetz erfolgt ist.

43. Zu Artikel 15 Nummer 6 – neu – (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Ärzte-ZV) **und Artikel 15a – neu –** (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Zahnärzte-ZV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Ein entsprechender Regelungsbedarf wird nicht gesehen. Medizinische Versorgungszentren bieten gerade für den (zahn)ärztlichen Nachwuchs eine Möglichkeit, familienfreundlich und ohne besonderes finanzielles Risiko in die ambulante medizinische Versorgung einzusteigen. Durch verschiedene Arbeitsumfanggestaltungen, Mehrschichtsysteme und Gleitzeitvereinbarungen bieten sie aber auch für langjährig in der medizinischen Versorgung tätige (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte eine Alternative. Diese Möglichkeiten sollten durch einschränkende Regelung zum Umfang der Beschäftigung angestellter (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte nicht eingeschränkt werden.

e) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 13. März 2019 (Drucksache 19/8351)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/6337, 19/6436 –
Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

b) zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/2689 –
Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/3393 –
Aussetzung der Budgetierung für Ärzte

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/4833 –
Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben

e) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion derFDP
– Drucksache 19/6417 –
Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall

f) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4887 –
Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern

g) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/6130 –
Bedarfsgerechte Versorgung aller Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten

A. Problem

Zu Buchstabe a

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist nach Überzeugung der Bundesregierung zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt sei. Insbesondere solle unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Das Gesetz ziele darauf ab, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert werden. Außerdem solle die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessert werden, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert würden.

Zu Buchstabe b

Krebstumore sowie in der Krebstherapie eingesetzte Medikamente, Therapien und Eingriffe können Betroffenen die Chance

auf eigene Kinder für immer nehmen, so die Fraktion der FDP. Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung von Krebspatientinnen und Krebspatienten, wie die Konservierung und Einlagerung von Keimzellen und Keimgewebe, würden nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Die Folge seien enorme finanzielle Belastungen für Krebspatientinnen und Krebspatienten, wodurch die Möglichkeit zur Fruchtbarkeitserhaltung von der finanziellen Lage der Patientinnen und Patienten abhängig werde.

Zu Buchstabe c

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen das Recht haben, ihren Beruf in Deutschland uneingeschränkt auszuüben, fordert die Fraktion der AfD. Die Budgetierung grenze die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb müsse eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes sofort außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürften nicht über die individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden. Der Bedarf eines Patienten könne sich nicht an zeitlich und bzw. oder finanziell verordneten Budgets eines Arztes orientieren.

Zu Buchstabe d

Der demographische Wandel und die Veränderungen der Lebensmodelle erfordern nach Auffassung der Fraktion der FDP ein Nachdenken über Anpassungen und Veränderungen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. In einigen, vor allem ländlichen Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Viele junge Ärztinnen und Ärzte scheuten die Risiken einer Niederlassung. Durch den Mangel in der Versorgung gebe es immer mehr Terminprobleme bei allen Facharztrichtungen und zunehmend auch bei den Haus- sowie den Kinder- und Jugendärzten. Ärzte müssen mehr Zeit für die Versorgung der Patienten haben. Diese Versorgung müsse leistungsgerecht und vollständig vergütet werden. Das sei seit Einführung der Budgetierung nicht der Fall, da durch die Deckelung die geleistete Arbeit nicht mehr vollständig bezahlt werde. Außerdem verschlechtere die Budgetierung den Zugang zu ärztlichen Leistungen.

Zu Buchstabe e

Die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen verbunden mit einer Steigerung der Krankheitslast erforderten nach Überzeugung der FDP-Fraktion eine Stärkung des Angebots in der ambulanten Versorgung. In einigen Regionen Deutschlands gebe es sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten einen Mangel. Die Zahlen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stagnierten. Im hausärztlichen Versorgungsbereich gingen sie sogar zurück. Auch die Überalterung der Ärzteschaft sei kaum noch zu übersehen. Für die Patientinnen und Patienten bedeute das, dass sie entweder gar keinen Arzttermin bekämen oder sehr lange auf einen warten müssten.

Zu Buchstabe f

Heilmittelerbringer leisten einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, so die Fraktion DIE LINKE. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation werde ihre Bedeutung aber weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten deuteten laut Bundesagentur für Arbeit sogar auf einen Fachkräftemangel hin. Diese Berufe seien sowohl für Selbstständige als auch für Angestellte wegen zu geringer Vergütungen im ambulanten Bereich für viele unattraktiv. Viele Praxen sähen sich in ihrer Existenz bedroht.

Zu Buchstabe g

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation wird die Bedeutung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen nach Darstellung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Daher seien rasche und weitergehende Maßnahmen nötig, um die zukünftige Versorgung im Heilmittelbereich zu sichern.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

In einem Sofortprogramm sollen die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten soll von 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, sollen ausgeweitet werden. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ sollen besser vergütet werden, ebenso koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, sollen die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt werden. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten sollen die Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen. Die Festzuschüsse für Zahnersatz sollen ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Für Langzeiterkrankte sollen die Möglichkeiten, stufenweise wieder in das Berufslebens eingegliedert zu werden, verbessert werden. Darüber hinaus soll die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in geänderter Fassung mit den Stimmen der

Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Durch eine Ergänzung der Regelungen zur Krankenbehandlung gemäß § 27 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sollen junge Patientinnen und Patienten von der Notwendigkeit befreit werden, Fruchtbarkeitserhaltungsmaßnahmen vor Beginn einer Krebstherapie aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/2689 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe c

Es sollen alle Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte unverzüglich eingeleitet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/3393 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Die Budgetierung ärztlicher Leistungen soll schrittweise aufgehoben werden. Als ersten Schritt soll die Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte erfolgen. Außerdem sollen Bürokratie und Berichtspflichten reduziert werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4833 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll verpflichtet werden, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 umzusetzen. Gleichzeitig sollen die Niederlassungssperren in regionale Verantwortung gegeben werden. Dazu sollen die Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt werden. Für ländliche und strukturschwache Gebiete soll im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt werden.

Ablehnung des Antrag auf Drucksache 19/6417 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP.

Zu Buchstabe f

Eine gesetzlich festgelegte Anhebung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen um 30 Prozent soll sofort umgesetzt werden. Die Grundlohnsummenbindung soll unbefristet aufgehoben werden. Durch geeignete Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass die in den Praxen Angestellten von der Erhöhung der Leistungsvergütung in mindestens derselben prozentualen Steigerung profitieren. Außerdem soll darauf hingewirkt werden, dass die Bundesländer die Schulgeldfreiheit für staatliche Schulen in den Heilmittelberufen schnellstmöglich umsetzen – möglichst rückwirkend seit Abschluss des Koalitionsvertrags. Darüber hinaus soll die Ausbildungsordnung modernisiert werden, so dass die Anerkennung der deutschen Abschlüsse im europäischen Ausland gewährleistet werde.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4887 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimme der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe g

Die Anbindung der Vergütungen für die Heilmittelerbringer an die Grundlohnsumme sollen dauerhaft aufgehoben und die Vergütungen für Heilmittelerbringer sofort bundesweit angehoben werden. Eine einheitliche Gebührenordnung für Heilmittelberufe in der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf regelgebundenen jährlichen Vergütungsanpassungen und einer realistischen Kostenkalkulation beruht, soll auf den Weg gebracht werden. Außerdem soll eine gesetzliche Regelung zum zügigen Anschluss der Heilmittelpraxen an die Telematikinfrastruktur geschaffen und für eine entsprechende Finanzierung gesorgt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/6130 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben c bis g

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind nach Angaben der Bundesregierung Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen sowie schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten seien diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie für die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre könne es zu nicht genau quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergäben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen

leistungsrechtlichen Maßnahmen ergäben sich ab dem Jahr 2019 jeweils insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Durch die verbesserte Möglichkeit, Langzeiterkrankte stufenweise wieder in das Berufsleben einzugliedern, könnten sich bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben.

Zu Buchstabe b

Kosten für Bund, Länder und Kommunen sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben c bis g

Keine Angaben.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Bürgerinnen und Bürger werden den Angaben zufolge aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entstehe im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Zu Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entstehe durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkostenvereinbarungen bewege sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergebe sich ein geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Der zuvor genannte Erfüllungsaufwand enthalte im Hinblick auf die Pflicht der Medizinproduktehersteller zur Datenübermittlung Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Zu Buchstabe b

Es entstehen keine Bürokratiekosten.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entstehe insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund neun Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führten für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entstehe geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gelte für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entstehe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Der Gesellschaft für Telematik entstehe für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig ein Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergebe sich ein Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dem Bund entstehe ein geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Verwaltung.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergäben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nach Angaben der Bundesregierung nicht hervorgerufen.

Zu Buchstabe b

Die nach gegenwärtiger Gesetzeslage von den betroffenen gesetzlich versicherten Krebspatientinnen und Krebspatienten zu tragenden Kosten für fertilitätsbewahrende Maßnahmen seien fortan von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in der aus der nachstehenden Zusammenfassung ersichtlichen Fassung anzunehmen; (Anmerkung: im SGB V-Handbuch eingearbeitet)
b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 abzulehnen;
c) den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen;
d) den Antrag auf Drucksache 19/4833 abzulehnen;
e) den Antrag auf Drucksache 19/6417 abzulehnen;
f) den Antrag auf Drucksache 19/4887 abzulehnen;
g) den Antrag auf Drucksache 19/6130 abzulehnen.

Bericht der Abgeordneten Alexander Krauß, Bettina Müller, Dr. Axel Gehrke, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler, Dr. Kirsten Kappert-Gonther

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/3393 in seiner 56. Sitzung am 12. Oktober 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss sowie an den Finanzausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/4833 in seiner 56. Sitzung am 12. Oktober 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/4833 in seiner 56. Sitzung am 12. Oktober 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/4887 in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/6130 in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist nach Überzeugung der Bundesregierung zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und

flächendeckend sichergestellt sei. Insbesondere solle unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Das Gesetz ziele darauf ab, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert würden. Außerdem solle die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessert werden, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert würden. Weiter plant die Bundesregierung, Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

In einem Sofortprogramm sollen die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer des Not- und Bereitschaftsdienstes) täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten soll von 20 auf 25 Stunden erhöht und offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, ausgeweitet werden. Das erweiterte Sprechstundenangebot soll mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert werden. Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizierten, sollen über regionale Zuschläge besonders unterstützt werden. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ sowie koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten sollen besser vergütet werden. Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen, die im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert. Darüber hinaus sollen laut Gesetzentwurf verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, sollen die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt werden. Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sollen erhöht und verbindlicher ausgestaltet werden. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, soll erweitert werden. Weiterentwickelt werden sollen auch die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der Bedarfsplanung. Ziel ist es laut Bundesregierung, eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten sollen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen. Die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Gebiete obliegt den Ländern. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen sowie ein Antragsrecht in den Landesausschüssen. Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, sollen die Schiedsregelungen und die sektorenübergreifenden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung neu strukturiert und weiterentwickelt werden. Die Festzuschüsse für Zahnersatz sollen ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie. Darüber hinaus soll die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf, da das Ressort die Berechnungen für den aus diesem Regelungsvorhaben resultierenden Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt habe.

Der **Bundesrat** hat in seiner 972. Sitzung am 23. November 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Er hat in seiner Stellungnahme Änderungen am Gesetzentwurf sowie darüber hinausgehende Regelungen gefordert, insbesondere zum Zugang zur ärztlichen Versorgung (eine zeitnahe Terminvermittlung auch für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen vorzusehen, die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen durch die Gesamtvertragspartner auf Landesebene sowie selektivvertragliche Vereinbarungen durch Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen weitergehend zu ermöglichen und die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung anzupassen), zur Bedarfsplanung und zur Sicherstellung (die Beteiligung der Länder in den Landes- und Zulassungsausschüssen und die Möglichkeiten der Landesausschüsse zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen zu erweitern, auf Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologinnen und Rheumatologen, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten nicht zu verzichten, Beteiligungsrechte der Länder bei den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung und Qualitätssicherung vorzusehen, die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigeneinrichtungen zu präzisieren, die Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Gebieten zeitlich zu verlängern und die Förderzwecke der Strukturfonds zu erweitern sowie die Regelungen zu den

Medizinischen Versorgungszentren anzupassen, insbesondere die Gründungsbefugnis der Träger zur Verhinderung von Monopolisierungstendenzen zu beschränken, und neue Zulassungsregelungen für Vertragsärztinnen und -ärzte auch für Vertragszahnärztinnen und -ärzte gelten zu lassen), zu den Leistungsansprüchen der Versicherten (die Erstattung sämtlicher Kosten der Präimplantationsdiagnostik vorzusehen, die gesetzliche Verbandmitteldefinition zu erweitern, auf die Streichung der Wahltarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen zu verzichten und für auskömmliche Impfstoffpreise zu sorgen sowie auf den Regelungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss für eine gestufte und gesteuerte psychotherapeutische Versorgung zu verzichten) und zur Digitalisierung im Gesundheitswesen (auch die elektronische Verschreibung bzw. das digitale Rezept zu ermöglichen). Darüber hinaus bezogen sich Forderungen des Bundesrates darauf, den Einsatz von Stationsapothekerinnen und -apothekern im Krankenhaus zu fördern, die Frist für den Nachweis der Förderkriterien der Klinischen Krebsregister zu verlängern, die Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu konkretisieren, die Patientenvertretungen auf Landesebene stärker zu unterstützen, den Prüfdiensten der Länder den Einsatz externer Fachberater zu ermöglichen, ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Finanzamt und Krankenkasse einzurichten, ambulante Kodier-Regeln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung früher einzuführen und den Datenaustausch mit den Korruptionsbekämpfungsstellen der Pflegekassen auf Sozialhilfeträger und andere Stellen auszuweiten (Drucksache 19/6337 Anlage 3).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats insbesondere den Vorschlägen zugestimmt, die die Terminvermittlung für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen und den Datenaustausch der für Pflegeinvestitionen zuständigen Landesstellen mit den Korruptionsbekämpfungsstellen der Pflegekassen betreffen. Eine Prüfung der Regelungen des Gesetzentwurfes wurde zugesagt zur Beteiligung der Länder in den Landesausschüssen und im Gemeinsamen Bundesausschuss, zu den Möglichkeiten der Landesausschüsse zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen, zum Verzicht auf eine Niederlassungssteuerung für bestimmte Facharztgruppen, zu Maßnahmen in Bezug auf die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren, zur Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigeneinrichtungen bei drohender Unterversorgung, zur Erweiterung der Förderzwecke der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Übertragung neuer Zulassungsregelungen für Vertragsärztinnen und -ärzte auf Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, zur Anpassung der Regelungen über eine gestufte und gesteuerte psychotherapeutischen Versorgung, zur Kostenübernahme für die Präimplantationsdiagnostik, zur Verlängerung der Frist für den Nachweis der Förderkriterien der Klinischen Krebsregister, zur Impfstoffversorgung und zum Einsatz externer Fachberater bei den Prüfdiensten der Länder. Hinsichtlich der elektronischen Verschreibung von Arzneimitteln und der Versorgung mit Verbandmitteln hat die Bundesregierung auf den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung verwiesen. Im Übrigen wurden die zusätzlichen Regelungsvorschläge des Bundesrates abgelehnt (Drucksache 19/6337 Anlage 4).

Zu Buchstabe b

Rund 2 000 Kinder und 15 000 junge Menschen zwischen 18 und 39 Jahren erkranken der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) zufolge in Deutschland jedes Jahr an Krebs, so die FDP-Fraktion. Mädchen und Frauen seien mit 9 000 Fällen etwas häufiger betroffen als Jungen und Männer. Bei nahezu 80 Prozent dieser jungen Patienten seien heute glücklicherweise Heilungserfolge zu verzeichnen. Jedoch führten die Tumore sowie die zu deren Behandlung eingesetzten Medikamente, Chemo-/Strahlentherapien und operativen Eingriffe (beispielsweise eine anteilige oder vollständige Entfernung der Eierstöcke, der Gebärmutter oder der Hoden) bei einem Teil der Betroffenen zu irreversibler Unfruchtbarkeit und damit verbundener ungewollter Kinderlosigkeit. Notwendige operative Eingriffe zur Behandlung von Hodenkrebs führten beispielsweise in rund zehn Prozent der Fälle zum vollständigen Verlust der Fruchtbarkeit. Bei einer Krebstherapie mithilfe von Bestrahlung führe bereits eine Dosis von 6 Gy zu einem verfrühten Funktionsversagen der Eierstöcke. Die Finanzierung medizinisch anerkannter Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung, wie die Konservierung und Einlagerung von Keimzellen und Keimgewebe, durch die gesetzlichen Krankenkassen sei durch das SGB V für die große Mehrzahl der Krebspatientinnen und Krebspatienten anders als die Bezuschussung der Kosten für künstliche Befruchtungen gemäß § 27a SGB V nicht vorgesehen. § 27 Absatz 1 Satz 5 SGB V behandele lediglich die Herstellung der Fruchtbarkeit als Kassenleistung, wenn die Fruchtbarkeit zuvor gänzlich nicht vorhanden gewesen sei oder der Verlust selbiger als die direkte Folge einer Erkrankung oder einer mit einer Erkrankung in Zusammenhang stehenden Sterilisation anzusehen sei. Wie mehrfach in Urteilen deutscher Gerichte bestätigt worden sei, fielen präventive Maßnahmen, die nicht auf die Herstellung der Fruchtbarkeit im engeren Sinne gerichtet seien, sondern mit dem Ziel erbracht würden, die Empfängnis- oder Zeugungsfähigkeit bei einem erwarteten Verlust funktionell zu ersetzen, wie eine Keimzellen- oder Keimgewebeentnahme oder die Kryokonservierung, nicht darunter. So entstehe die Notlage, dass sich die betroffenen jungen Krebspatientinnen und Krebspatienten oftmals unter hohem Zeitdruck und akuter Betroffenheit zwischen gestellter Diagnose und anstehender Therapie nicht nur über ihren Kinderwunsch klar werden müssten, sondern sich entsprechend auch um die Finanzierung fertilitätsbewahrender Maßnahmen bemühen müssten, sofern sie sich die Chance auf eigene Kinder erhalten wollten.

Durch eine Ergänzung der Regelungen zur Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB sollen nach dem Willen der Fraktion der FDP junge Patientinnen und Patienten von der Notwendigkeit befreit werden, Fruchtbarkeitserhaltungsmaßnahmen vor Beginn einer Krebstherapie aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Zu Buchstabe c

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen laut AfD-Fraktion das Recht haben, ihren Beruf in Deutschland uneingeschränkt auszuüben. Die Budgetierung grenze die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb müsse eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes sofort außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürften nicht über die

individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden. Es sei nicht hinnehmbar, dass Vertreter der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung ärztliche Leistungen wirtschaftlich bewerteten, ohne die Patienten oder die dahinter stehenden Krankheitsgeschichten zu kennen, von den Praxisbesonderheiten des zu behandelnden Klientels ganz zu schweigen. Beispielhaft seien hier Osteoporose-Patienten und andere chronisch kranke Patienten zu nennen. Die Versicherten müssten ihre benötigte Therapie bekommen, wann immer sie erforderlich sei. Der Bedarf eines Patienten könne sich nicht an zeitlich und bzw. oder finanziell verordneten Budgets eines Arztes orientieren. Es sei nicht zu vertreten, dass Patienten durch eine dadurch hervorgerufene Behandlungseinschränkung belastet würden. Daher fordern die Abgeordneten, alle Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte unverzüglich einzuleiten. Nach Aufhebung der Budgetierung sei es nicht vertretbar, dass Patienten finanziell belastet werden, etwa durch eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge. Entstehende Mehrkosten seien anderweitig zu finanzieren, zum Beispiel aus den Überschüssen der Krankenkassen. Im Jahr 2017 beliefen sich die Überschüsse den Angaben zufolge auf 3,1 Milliarden Euro.

Zu Buchstabe d

Der demographische Wandel und die Veränderungen der Lebensmodelle erfordert nach Überzeugung der FDP-Fraktion ein Nachdenken über Anpassungen und Veränderungen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. In einigen, vor allem ländlichen Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Viele junge Ärzte, Frauen wie Männer, scheuten die Risiken einer Niederlassung.

Durch den Mangel in der Versorgung gebe es immer mehr Terminprobleme bei allen Facharztrichtungen, aber zunehmend auch bei den Haus- sowie den Kinder- und Jugendärzten. Die Terminnachfrage werde künftig durch den demographischen Wandel immer weiter ansteigen und die Wartezimmer würden voller und voller. Gleichzeitig seien die Ärzte zu Recht immer weniger bereit, immer mehr Patienten ohne leistungsgerechte Vergütung zu behandeln. Die Folge sei, dass die Wartezeiten weiter zunehmen würden. Das Ergebnis sei Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten. Mit dem Gesetzentwurf für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) würden die Terminservicestellen weiter ausgebaut. Das bedeute, dass der Bürokratieaufwand in den Praxen zunehmen werde und die Ärzte weniger Zeit für medizinische Behandlungen hätten. Die Bürokratie in den Praxen sei schon jetzt enorm. Von ihrer Arbeitszeit müssten Ärzte einen erheblichen Anteil für Verwaltung und Bürokratie aufwenden. So müssten nach Angaben des Bürokratieindex 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Vertragsärzte und Psychotherapeuten 54 Millionen Bürokratiestunden bewältigen. Diese Zeit müsse den Ärzten und Praxisangestellten wieder für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehen. Die ärztliche Behandlung müsse aber auch vollständig vergütet werden. Das sei seit Einführung der Budgetierung nicht der Fall, da durch diese Deckelung die geleistete Arbeit nicht mehr vollständig bezahlt werde. Es dürfe kein Arzt mehr bestraft werden, der sich intensiv um seine Patienten kümmere. Die Budgetierung verschlechtere für Patienten in Deutschland den Zugang zu ärztlichen Leistungen. Insbesondere zum Quartalsende werde es in den Arztpraxen spürbar, dass weniger Termine für Routineuntersuchungen vergeben und weniger Verordnungen ausgestellt würden.

Die Fraktion der FDP fordert daher, die Budgetierung ärztlicher Leistungen schrittweise aufzuheben und als ersten Schritt eine Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte vorzusehen. Außerdem sollten die Bürokratie und Berichtspflichten reduziert werden.

Zu Buchstabe e

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden das Rückgrat einer wohnortnahen und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung, so die FDP-Fraktion. Die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen sowie eine Zunahme der Krankheitslast erforderten eine Stärkung des Angebots in der ambulanten Versorgung. In einigen Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel, und zwar sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Obwohl es in Deutschland immer mehr Ärztinnen und Ärzte gebe, stagnierten die Zahlen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und gingen im hausärztlichen Versorgungsbereich sogar zurück. Auch die Überalterung der Ärzteschaft sei kaum noch zu übersehen. Zusätzlich sänken aufgrund der verstärkt gewünschten Vereinbarkeit von Familie und Beruf die pro Ärztin oder Arzt erbrachten Versorgungsanteile. Der Ärztemangel werde sich mit der bestehenden Bedarfsplanung in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Für die Patientinnen und Patienten bedeute das, dass sie entweder gar keinen Arzttermin bekämen oder sehr lange auf einen warten müssten. Diese Situation sei nicht länger hinnehmbar. Zu lange Wartezeiten verursachten neben individuellem Leiden auch hohe Kosten für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung durch lange Krankschreibungen unter Bezug von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte seien zunehmend von der Situation überfordert, wenn sie die vielen Patientinnen und Patienten nicht behandeln könnten.

Damit auch in Zukunft ausreichend Haus- und Fachärzte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stünden, müssten die Rahmenbedingungen verbessert werden. Zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie schlügen Gutachter neue Verhältniszahlen und eine Berücksichtigung von Mitversorgereffekten vor. So könne mit einer kleinteiligeren Bedarfsplanung genauer als heute die tatsächliche Versorgungssituation festgestellt werden. Ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenes Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zeige bereits die Notwendigkeit von zusätzlichen Arztkapazitäten. Mit einer Regionalisierung könne die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Deshalb sollten Zulassungsbeschränkungen nicht mehr automatisch bei einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent angeordnet werden, sondern die Niederlassungsfreiheit solle weiterhin als Regelfall bestehen bleiben. Gleichzeitig sollten die Niederlassungssperren in die regionale Verantwortung gegeben werden. Dazu werden nach dem Willen der FDP-Fraktion die Zulassungsbeschränkungen einer bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt. Für ländliche und strukturschwache Gebiete soll im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt werden.

Zu Buchstabe f

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen leisten nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation werde die Bedeutung dieser Berufsgruppen weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten deuteten laut Bundesagentur für Arbeit sogar auf einen Fachkräftemangel hin. Diese Berufe seien wegen der zu geringen Vergütungen für viele unattraktiv und viele Praxen sähen sich in ihrer Existenz bedroht. Angestellte in den Praxen hätten im Jahr 2017 einen Bruttolohn (Median) von 2 093 Euro gehabt. Selbst nach langjähriger Vollzeitbeschäftigung drohe ihnen bei dieser Entlohnung Altersarmut. Hinzu komme, dass die Therapeutinnen und Therapeuten meist in ihrer Ausbildung für das Schulgeld von bis zu 20 000 Euro selbst aufkommen müssten. Außerdem müssten sie die Kosten für Fortbildungen, die zur Erbringung zahlreicher Kassenleistungen erforderlich seien, selbst tragen. Der befristete Wegfall der Grundlohnsummenbindung durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die bisher durch den Wegfall der Grundlohnsummenbindung erzielten Vergütungssteigerungen reichten jedoch nicht aus, um die über lange Jahre hinweg schlechte Einkommenssituation von Heilmittelerbringern in der ambulanten Versorgung zügig auf ein angemessenes Niveau zu heben.

Die Fraktion DIE LINKE. fordert mit diesem Antrag, eine sofortige, gesetzlich festgelegte Anhebung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen um 30 Prozent umzusetzen und die Höhe der Vergütungen bundesweit möglichst schnell vollständig anzugleichen, indem durch eine gesetzliche Regelung für jede einzelne Leistung die jeweils höchste Vergütung unabhängig von Krankenkasse und Bundesland maßgeblich sei. Weiter soll die Grundlohnsummenbindung unbefristet aufgehoben und durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass die in den Praxen Angestellten von der Erhöhung der Leistungsvergütung in mindestens derselben prozentualen Steigerung profitieren. Außerdem soll darauf hingewirkt werden, dass die Bundesländer die Schulgeldfreiheit für staatliche Schulen in den Heilmittelberufen schnellstmöglich umsetzen. Darüber hinaus müsse die Bundesregierung mit den Ländern Umsetzungsvarianten suchen, wie eine bundesweite Übernahme des Schulgelds für die privaten Schulen gesichert werden könne. Des Weiteren solle zügig auf eine modernisierte Ausbildungsordnung hingearbeitet werden, die auch die Anerkennung der deutschen Abschlüsse im europäischen Ausland gewährleiste sowie die Zusatzausbildungen für verschiedene Leistungen als Kassenleistung obsolet mache.

Zu Buchstabe g

Der therapeutischen Arbeit der Heilmittelerbringer, gerade auch in einer älter werdenden Gesellschaft, kommt nach Darstellung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine immer bedeutsamere Aufgabe innerhalb der gesundheitlichen Versorgung zu. Allerdings liege bei der Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln einiges im Argen. So unterschiedliche Faktoren wie die nicht bedarfsgerechte Steuerung der Heilmittelversorgung durch Richtgrößen, weitere Mengenbegrenzungen beispielsweise durch Heilmittelzielvereinbarungen, nicht kostendeckende Entgelte für Hausbesuche sowie unzureichende Daten über den tatsächlichen Versorgungsbedarf führten zu einer regional unterschiedlichen und in Teilen defizitären Versorgung, die vorwiegend an den Kosten statt am Behandlungserfolg orientiert scheine. Potentiale für bestimmte Patientengruppen wie chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen, die in einer zielgerichteten Heilmittelversorgung steckten, könnten so nicht genutzt werden. Zudem fehle es an Transparenz bei der Versorgungsquote der relevantesten Krankheitsbilder mit Heilmitteln. Gerade angesichts der Zunahme von Patientinnen und Patienten mit krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen, neurologischen Erkrankungen sowie mit postoperativen Behandlungsbedarfen sei es unerlässlich, angemessene Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung sicherzustellen. Die zunehmend schwierige Situation der Heilmittelerbringer, die daraus resultiere, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine der hohen Qualifikation angemessene Vergütung oft nicht gewährleisteten, gefährde die flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die notwendige Fachkräftesicherung für diese wichtigen Aufgaben. Die Verdienste von Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und deren Angestellten lägen unter denen von Angestellten dieser Berufsgruppe im öffentlichen Dienst. Viele Faktoren trügen zu dieser Situation bei. Das Schulgeld für die Ausbildung und die Tatsache, dass es keine Ausbildungsvergütung gebe, sorgten dafür, dass viele Heilmittelerbringer bereits mit Schulden in den Beruf starten, die 20.000 Euro ausmachen könnten. Die Hauptursache für die dauerhaft schwierige Situation, in der sich vor allem Selbständige ohne oder mit wenigen Angestellten sowie Angestellte in Heilmittelpraxen befänden, seien Vergütungen, die bis 2016 an die Grundlohnsumme gebunden gewesen seien. Zudem deckten die Entgelte lediglich die unmittelbare Zeit mit dem Patienten ab, nicht jedoch Vor- und Nachbereitung. Die zusätzliche Vergütung für Hausbesuche falle so gering aus, dass viele Leistungserbringer wegen der mangelnden Wirtschaftlichkeit keine Hausbesuche anböten. Für immobile Patientinnen und Patienten sei das fatal. Dazu kämen weitere bürokratische Hürden.

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert daher, die Anbindung der Vergütungen für die Heilmittelerbringer an die Grundlohnsumme dauerhaft aufzuheben und die Vergütungen für Heilmittelerbringer sofort bundesweit anzuheben, u. a. durch eine bessere Vergütung von Hausbesuchen und die Einführung von Vergütungspauschalen für Bürokratieaufwand und Praxisorganisation. Außerdem soll eine einheitliche Gebührenordnung für Heilmittelberufe in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg gebracht werden, die auf regelgebundenen jährlichen Vergütungsanpassungen und einer realistischen Kostenkalkulation beruht. Schließlich soll im Einvernehmen mit den Bundesländern das Schulgeld schnellstmöglich abgeschafft werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.
Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß des Einsetzungsantrags (Drucksache 19/1837) im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/6337 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich ist, da die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel ist (Ausschussdrucksache 19(26)11-2).
Zu Buchstabe b
Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 39. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/2689 abzulehnen.
Zu Buchstabe c
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen.
Der **Finanzausschuss** hat in seiner 35. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen.
Zu Buchstabe d
Keine mitberatenden Ausschüsse.
Zu Buchstabe e
Keine mitberatenden Ausschüsse.
Zu Buchstabe f
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4887 abzulehnen.
Zu Buchstabe g
Der Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung hat in seiner 21. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/6130 abzulehnen.
IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss
Zu den Buchstabe a bis g
Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 31. Sitzung am 12. Dezember 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436, dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/3393, 19/4833, 19/6417, 19/4887 und 19/6130 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.
In seiner 32. Sitzung am 16. Januar 2019 hat der Ausschuss die Beratungen zu den sieben Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf den Ausschussdrucksachen 19(14)51.1, 19(14)51.2neu, 19(14)51.3 und 19(14)51.4 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.
Die öffentliche Anhörung fand in der 33. Sitzung am 16. Januar 2019 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland. e. V. (BED), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ e. V.), Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V., Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Hebammenverband e. V., Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK), Deutscher Verband für Podologie e. V. (ZFD), Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.), Gemeinsamer Bundes-

ausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Hufelandgesellschaft e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), LOGO Deutschland e. V., PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH), Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW e. V.), Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP), Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V. (VPT), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin), Michael Janßen (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)), Prof. Dr. Günter Neubauer (IfG Institut für Gesundheitsökonomik) und Dr. Wolfgang Rüprich (Freier Dozent, Gutachter und Sachverständiger für ärztliches Abrechnungswesen). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen zu den Vorlagen in der 36. Sitzung am 13. Februar 2019 fortgesetzt und die Durchführung einer zweiten Anhörung zu weiteren Änderungsanträgen auf den Ausschussdrucksachen 19(14)51.5, 19(14)51.6, 19(14)51.7 und 19(14)51.8 beschlossen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 37. Sitzung am 13. Februar 2019 statt. Als Sachverständige waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), BKK Dachverband e. V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV), Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (EbM), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts (IQWiG), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA), Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Maria Haß (Deutsche ILCO e. V.), Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)), Prof. Dr. Günter Neubauer (IfG Institut für Gesundheitsökonomik), Dr. Wolfgang Rüprich (Freier Dozent, Gutachter und Sachverständiger für ärztliche Abrechnung, medizinische Dokumentation und Verordnungswesen im Bereich Arznei- und Heilmittel). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

In der 40. Sitzung am 13. März 2019 hat der **Ausschuss für Gesundheit** seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/3393, 19/4833, 19/6417, 19/4887 und 19/6130 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen **19/6337, 19/6436** in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache **19/2689** abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache **19/3393** abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache **19/4833** abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache **19/6417** abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache **19/4887** abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache **19/6130** abzulehnen.

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Der Ausschuss hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen. Dies betrifft die Vermittlung von Arztterminen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch zeitnahe Kinder-Vorsorgeuntersuchungen und Krankenhausbehandlung in Akutfällen umfasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffent-

lichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach einheitlichen Standards und mit digitalen Angeboten, informieren über barrierefreie Arztpraxen und können mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Auf Landesebene kann vertraglich vereinbart werden, die Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes mit zusätzlichen Mitteln zu fördern. Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bei eingetretener, aber nicht bereits bei drohender Unterversorgung verpflichtend. Der Wahltarif zur hausarztzentrierten Versorgung wird um Beitragsanreize für die Versicherten erweitert. Darüber hinaus wurden Änderungen zu den Vergütungsanreizen für die Behandlung neuer oder durch die Terminservicestellen vermittelter Patientinnen und Patienten, zur Begrenzung und Entlastung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie zur Festlegung einheitlicher ambulanter Kodiervorgaben beschlossen. Zudem wurden Änderungen zur Bedarfsplanung, unter anderem der Verzicht auf die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachrichtungen, konkretisierende Regelungen zur Festlegung von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen innerhalb einzelner Arztgruppen, zu Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und der Beteiligung der Länder im Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Landesausschüssen, zu den Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren, zur Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe im Nachbesetzungsverfahren, Folgeregelungen zur Dreiviertelzulassung und zur Genehmigung einer Zweigpraxis vorgenommen. Weitere Änderungen betreffen die Erhöhung der Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich. Schließlich wurden Anpassungen der Regelungen über die Schiedsämter und die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien beschlossen.

Darüber hinaus wurden Regelungen zur Heilmittelversorgung beschlossen, die insbesondere die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für Heilmittelerbringer, die Einführung von Kollektivvertragsverhandlungen auf Bundesebene, die bundesweite Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen, die Aufhebung der Begrenzung von Vergütungssteigerungen durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Einführung der Blanko-Verordnung in die Regelversorgung umfassen. Beschlossen wurden zudem Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, insbesondere die Abschaffung von Hilfsmittelausschreibungen, die Verpflichtung der Krankenkassen zu Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und den Anspruch auf Sicherheitsinstrumente zum Schutz vor Nadelstichverletzungen. Weitere Änderungen betreffen die zahnärztliche Versorgung, insbesondere das frühere Inkrafttreten der mit dem Gesetzentwurf erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz, die ausnahmsweise Geltung der Bonusregelung trotz Versäumens der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung und die Anpassung der Mehrkostenregelung für kieferorthopädische Leistungen. Weitere Änderungen betreffen den Bereich eHealth, insbesondere die Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik mit dem Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter, die Sanktionierung der Krankenkassen im Fall der verspäteten Einführung der elektronischen Patientenakte, Festlegungen zu deren semantischer Interoperabilität und die Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle sowie digitale medizinische Anwendungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen und Detailregelungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Weitere Änderungen betreffen die Hebammenversorgung, namentlich die Einführung eines elektronischen Suchverzeichnisses für die Hebammensuche und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger. Weitere Änderungen betreffen den Anspruch auf Schutzimpfungen und die Vergütungsregeln für Impfstoffe, insbesondere die Erweiterung von Satzungsleistungen der Krankenkassen in diesem Bereich, die Verkürzung der Frist zur Anpassung der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Abschaffung von Rabattverträgen der Krankenkassen, die Beschaffung und die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die Leistungserbringung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Vergütung der pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken für die Abgabe saisonaler Grippeimpfstoffe. Weitere Änderungen betreffen das Entlassmanagement der Krankenhäuser, namentlich die Erweiterung um bestimmte Anschlussversorgungen wie Krankentransporte und Kurzzeitpflege. Außerdem wird die Pauschalförderung für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen angehoben, womit die Basisfinanzierung verbessert wird. Durch weitere Beschlüsse wird das zukünftige Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinfacht. Außerdem wurden zahlreiche weitere Detailregelungen beschlossen, insbesondere zur HIV-Präexpositionsprophylaxe, zum Krankengeld, zur Kostenerstattung für Behandlungen im europäischen Ausland, zum Datenaustausch der Sozialversicherungsträger innerhalb der Europäischen Union, zur Unterstützung der Prüfdienste von Bund und Ländern durch externe Gutachter, zu den Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern, zu den klinischen Krebsregistern, zur Arztinformation über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf den Deutschen Apothekerverband, zum Informationsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, zum Kassenwahlrecht sog. Spätaussiedler, zum Zahlstellenverfahren bei Versorgungsbezügen sowie zur Anpassung der Regelungen für Vorstandsverträge der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Schließlich wurden datenschutzrechtliche Regelungen überarbeitet und bei Gelegenheit zahlreiche erledigte Gesetzesaufträge und Fristvorgaben im SGB V bereinigt.

Die Regelung im Gesetzentwurf zur psychotherapeutischen Versorgung wird im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens nicht umgesetzt, sondern eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt. Die Regelungen im Änderungsantrag Nummer 6 der Ausschussdrucksache 19(14)51.5 zur Entkopplung der Vergütung von ärztlichen Diagnosen in Verträgen werden im Rahmen der geplanten Reform zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter beraten. Die Regelungen im Gesetzentwurf zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurden im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) umgesetzt.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1, 2, 4, 10, 14, 16, 36 und 44 wurden einzeln abgestimmt.

Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 2 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 4 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 10 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und FPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 14 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 16 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.
Änderungsantrag Nummer 36 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Änderungsantrag Nummer 44 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.
Die Änderungsanträge 3, 5 bis 9, 11 bis 13, 15, 17 bis 35, 37 bis 43 sowie 45 bis 54 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsanträge der Fraktion der FDP zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.6 der Fraktion der FDP wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.
Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben
Die Änderungsanträge 2 bis 7 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.7 der Fraktion der FDP wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.
Die Änderungsanträge hatten folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben
Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436
Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.1 wurde von der Fraktion DIE LINKE. zurückgezogen.
Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.2neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.
Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben
Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.
Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben
Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.8 wurde von der Fraktion DIE LINKE. zurückgezogen.
Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.9 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.
Dieser hatte folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben
Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436
Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)51.10 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FPD gegen die Stimmen der Fraktionen und DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.
Die Änderungsanträge hatten folgenden Inhalt: – Anmerkung: nicht wiedergegeben

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 lagen dem Ausschuss für Gesundheit neun Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung angefordert hatte. Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, mit dem Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) wolle man kürzere Wartezeiten und mehr Sprechstunden für die Patienten sowie eine bessere Vergütung für die Beschäftigten des Gesundheitswesens erreichen. Im Detail sehe der Gesetzentwurf vor, das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten von 20 auf 25 Stunden zu erhöhen. Gleichzeitig sollten Fachärzte künftig auch offene Sprechstunden anbieten. Parallel dazu würden die Ärzte für erbrachte Mehrleistungen auch zusätzlich vergütet. Vorgesehen seien unter anderem mehr Geld für die „sprechende Medizin“, ein Zuschlag von 10 Euro für eine erfolgreiche Vermittlung eines Facharzt-Termins durch einen Hausarzt und die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen für die Behandlung neuer Patienten. Für die Behandlung nach Vermittlung durch die Terminservicestellen

gebe es zusätzlich Zuschläge gestaffelt nach der Wartezeit auf den Behandlungstermin. Mit dem Gesetz sei außerdem vorgesehen, den ländlichen Raum zu stärken. So sollten Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, über regionale Zuschläge besonders unterstützt werden. Weitere vorgesehene Regelungen beträfen die Zulassung von zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Zudem sollten die Heilmittelerbringer (Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten) finanziell gestärkt werden. Dafür würden die Höchstpreise bundesweit vereinheitlicht und Blanko-Verordnungen in die Regelversorgung eingeführt. Relevante Änderungen erfolgten zudem im Hilfsmittel-Bereich. So werde die Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen aufgehoben. Mit diesem Gesetz gehe man einen guten und wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Mit dem TSVG sei ein gutes Gesetz gelungen und man bitte daher um Zustimmung.

Für die **Fraktion der SPD** war von entscheidender Bedeutung, dass mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz die Leistungen und der Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessert und damit das im Koalitionsvertrag vereinbarte Sofortprogramm umgesetzt werde. Mit erweiterten und besser erreichbaren Terminservicestellen würden künftig auch haus- und kinderärztliche Termine vermittelt und eine bessere Steuerung in die richtige Versorgung ermöglicht. Offene Sprechstunden und ein erweitertes Mindestsprechstundenangebot gäben Patientinnen und Patienten nun die Möglichkeit, zeitnah gesundheitliche Probleme abzuklären und behandeln zu lassen. Darüber hinaus werde die Versorgung durch offene Sprechstunden und das erweiterte Mindestsprechstundenangebot ebenfalls verbessert. Damit werde die Diskussion, dass bei der Terminvergabe gesetzlich Versicherte gegenüber den Privatversicherten benachteiligt würden, beendet. Zusätzliche Anreize zur Behandlung von Neupatienten durch Haus- und Fachärzte biete die Entbudgetierung. Die Verpflichtung der Krankenkassen, die Patienten in den Wahltarifen der hausarztzentrierten Versorgung mit 50 Prozent an den Effizienzgewinnen zu beteiligen, sei neben der Förderung der sprechenden Medizin ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Für die SPD-Fraktion sei besonders wichtig, dass mit etlichen Regelungen die Medizinischen Versorgungszentren als feste Größe bei den verschiedenen ambulanten Versorgungsformen gestärkt würden und dadurch und durch die Verpflichtung zur Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch eine Bedarfsplanung, bei der die Länder Mitsprache bei Neuniederlassungen in Regionen mit besonderem Bedarf erhalten auch künftig die flächendeckende medizinische Versorgung gewährleistet werde. Ein weiterer wesentlicher Punkt für die Versorgung in ländlichen Gebieten sei die finanzielle Stärkung der Heilmittelerbringer und die Einführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung. In Zukunft werde die Bedeutung der Heilmittelerbringer für die Sicherung der medizinischen Versorgung in ärztlich unterversorgten Regionen wachsen. Und nicht zuletzt sei wichtig, dass durch die Änderung in Artikel 12 rechtssicher festgehalten werde, dass der Mindestpreis aus Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, Festzuschlag von 70 Cent und Umsatzsteuer besteht. Auf diese Preisbestandteile dürfe der Großhandel weder Rabatte noch Skonti gewähren.

Die **Fraktion der AfD** stellte fest, das ursprünglich mit dem TSVG verfolgte Ziel, eine schnelle Terminvergabe für die gesetzliche Krankenversicherten zu erreichen und die medizinische Versorgung zu verbessern, sei durch die unzähligen Änderungsanträge zu allen möglichen Themen im Gesundheitswesen aufgeweicht worden. Besonders zu kritisieren sei, dass sich alle Neuregelungen durch starke Eingriffe in die Finanzierungs-, Leistungs- und Organisationshoheit aller Akteure im Gesundheitswesen auszeichneten und deutlich in die Richtung einer staatlich gelenkten Medizin gingen. Das zeige sich vor allen Dingen in den Vorschriften zur Arbeitszeit der freiberuflichen Ärzte und in den Leistungsvorschriften zur Präimplantationsdiagnostik sowie zur Präexpositionsprophylaxe. Auch die Übernahme von 51 Prozent der Anteile an der gematik durch das Bundesministerium der Gesundheit (BMG) belege diese Tendenz. Diese Liste lasse sich beliebig erweitern. Das gesamte Gesetz erscheine wie ein medizinischer Supermarkt mit Discountwaren, mit Lokalangeboten und Rabattecken. Das Gesetz sei mit zu heißer Nadel gestrickt und werde deshalb von der Fraktion abgelehnt.

Die **Fraktion der FDP** bemängelte, schnellere Sprechstundentermine, mehr Sprechstunden und bessere Angebote für gesetzlich Versicherte würden mit dem vorliegenden Gesetz nicht erreicht. Es werde so getan, als ob die Aufstockung der verpflichtenden Sprechstunde der Ärzte von 20 auf 25 Stunden automatisch zu einem besseren Terminangebot führe. Dies sei nicht der Fall. Wirklich entlasten würde die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten ein umfassender Bürokratieabbau, da die Mediziner derzeit insgesamt 52 Millionen Bürokratiestunden im Jahr leisten müssten. Außerdem solle die grundversorgende Leistung der Haus- und Fachärzte entbudgetiert werden. Ein solcher Schritt würde die Ärztinnen und Ärzte wirklich weiterbringen. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen gingen nicht weit genug, da chronisch Kranke, Erstpatientinnen und Patienten sowie Personen, die sich nicht an die Terminservicestellen wendeten, benachteiligt würden. Positiv zu bewerten sei unter anderem die Übernahme der Kosten für die Präexpositionsprophylaxe für Menschen mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko durch die gesetzliche Krankenversicherung. Dennoch lehne man das Gesetz insgesamt ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** kritisierte die flapsige und inhaltsleere Art, mit der die CDU/CSU auf Nachfragen der Opposition reagiert habe. Die Art sei bezeichnend für das Zustandekommen des Gesetzes insgesamt. Die über Änderungsanträge eingebrachten wichtigen Themen hätten eine ausführliche parlamentarische Behandlung und eine öffentliche Debatte erfordert. Diese sei unterlaufen worden. Viele Problemfelder blieben weiterhin bestehen. Ein Beispiel seien die Medizinischen Versorgungszentren. Wie die Union selber eingeräumt habe, sei die Problematik nicht gelöst. Auch die Erprobung von Medizinprodukten sei hochproblematisch und quasi nebenbei werde eingeführt, dass Krankenkassen künftig durch Wirtschaftsberatungsunternehmen und große Anwaltskanzleien geprüft werden könnten. Damit werde die staatliche Kontrolle des Gesundheitswesens privatisiert. Die mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen seien bis auf wenige Ausnahmen nicht geeignet, die Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu verbessern. Das Grundproblem, die finanziellen Fehlanreize, die durch die ungleiche Vergütung für privat und gesetzlich Versicherte entstünden, werde nicht angegangen. Dass Privatpatienten schneller Termine erhielten, hänge mit der besseren Vergütung zusammen und darauf sei auch der Versorgungsnotstand in ländlichen Räumen maßgeblich zurückzuführen. Ärztinnen und Ärzte ließen sich eher da nieder, wo es mehr privat Versicherte gebe. Das seien in der Regel nicht die ländlichen Regionen. DIE LINKE. lehne das Gesetz deshalb insgesamt ab.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** lehnte das Gesetz ab, da es im Kern nicht dazu beitrage, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. In den Gutachten der Sachverständigenräte würden etliche Vorschläge für Verbesserungen gemacht. Eine zu niedrige Vergütung von Fachärzten sei dort aber bisher nicht thematisiert worden. Doch ausgerechnet eine solche Erhöhung werden nun zum kostenträchtigsten Faktor dieses Gesetzes. Es müsse von Mehrkosten in Höhe von 800 Millionen bis 1,2 Milliarden Euro für die Regelungen im Zusammenhang mit den Terminservicestellen ausgegangen werden. Es wäre besser gewesen, ländliche und strukturschwache Räume gezielt zu fördern sowie die Versorgung multimorbider Personen sowie die Geburtshilfe zu stärken. Richtig seien die Aufwertung der Heilberufe und die Verbesserung der Bezahlung. Es fehle allerdings die im Koalitionsvertrag vorgesehene Schulgeldbefreiung. Die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung gingen in die richtige Richtung, dennoch fehlten Vorgaben für eine gesetzliche Qualitätsentwicklung und -kontrolle. Nicht nachvollziehen könne die Fraktion die Regelungen zur Interoperabilität der Patientenakte und insbesondere die Übernahme der Mehrheitsanteile der gematik durch das Bundesministerium der Gesundheit. Es fehle ein umfassendes Gesamtkonzept zur Digitalisierung des Gesundheitswesens.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Anmerkung: Die Begründungen zu Artikel 1 und 2 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 3 bis 17 im Anhang wiedergegeben.

f) Beschluss des Deutschen Bundestages (Drucksache 128/19 vom 22.3.2019)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 86. Sitzung am 14. März 2019 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 19/8351 – den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) – Drucksachen 19/6337, 19/6436 – [in beigefügter Fassung] angenommen.

g) Beschluss des Bundesrates vom 12.4.2019 (Drucksache 128/19 – Beschluss)

Der Bundesrat hat in seiner 976. Sitzung am 12. April 2019 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 14. März 2019 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen. Der Bundesrat hat ferner die [aus der Anlage ersichtliche] Entschließung gefasst.

a) Der Bundesrat stellt fest, dass das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) seit der ersten Befassung des Bundesrates im parlamentarischen Verfahren noch umfangreiche Veränderungen erfahren hat und bedauert, dass eine eingehendere Erörterung der Reformoptionen mit den Ländern im Vorfeld nicht möglich war.

b) Der Bundesrat bezweifelt, dass die Ziele des Gesetzes in allen Punkten erreicht werden. Insbesondere die Schaffung neuen und zusätzlichen bürokratischen Aufwands durch einige der Regelungen erscheint dem Ziel einer schnelleren und besseren Versorgung nicht dienlich.

c) Der Bundesrat sieht die sich auch im TSVG niederschlagende Tendenz, im Gesundheitsbereich Aufgaben auf die Bundesebene zu verlagern und zu zentralisieren, mit Sorge. Die föderale Struktur sichert die passgenaue Versorgung und ist Motor für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

d) Der Bundesrat weist darauf hin, dass einige der gesetzlichen Regelungen neue Aufgaben für die Länder mit sich bringen und mahnt für künftige Gesetzgebungsvorhaben eine sorgfältige Prüfung der Zustimmungspflichtigkeit von Gesetzen an.

  aa) Beispielhaft sei auf die Neuregelung durch Artikel 1 Nummer 48 hingewiesen, die auch im parlamentarischen Verfahren nochmals Änderungen erfahren hat. Diese Regelung soll am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Hier wird durch § 89a SGB V die Einrichtung sektorenübergreifender Schiedsgremien geregelt, wobei die Aufsicht zunächst den Ländern obliegt und Regelungen zu den Aufgaben der Aufsichtsbehörden und zum Verfahren getroffen werden.

  bb) Auch die Regelung in Artikel 1 Nummer 53 (§ 96 Absatz 2a SGB V) betrifft die Aufgaben der Länder. Der Bundesrat nimmt bedauernd zur Kenntnis, dass der Vorschlag der Länder, diese Aufgaben auch auf nachgeordnete Behörden übertragen zu können (vgl. BR-Drucksache 504/18 (Beschluss), Ziffer 20) von der Bundesregierung abgelehnt und im weiteren Verfahren auch nicht aufgegriffen wurde.

e) Der Bundesrat sieht die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz getroffenen neuen Regelungen zur Versorgung der ärztlichen Praxen mit saisonalen Grippeimpfstoffen als Sprechstundenbedarf, die erst ein Ergebnis der Beratungen im Deutschen Bundestag sind, sehr kritisch. Ausweislich der Begründung soll mit dem neuen Verfahren eine frühzeitige Planung und ausreichende Bereitstellung von Grippeimpfstoffen ermöglicht werden. Der Bundesrat hält das neue Verfahren aus verschiedenen Gründen als dafür ungeeignet und befürchtet für die Zukunft erneut erhebliche Schwierigkeiten bei der flächendeckenden und ausreichenden Versorgung mit saisonalem Grippeimpfstoff.

f) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die getroffenen Regelungen auf ihre Zweckmäßigkeit und Praxistauglichkeit hin bereits für die kommende Grippesaison zu überprüfen und gegebenenfalls die notwendigen Korrekturen im SGB V und in der Arzneimittelpreisverordnung vorzunehmen, so dass auch bisher verlässliche Versorgungskonzepte für saisonale Grippeimpfstoffe auf Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten der jeweiligen Vorsaison oder Vorjahreszahlen der Apotheken weiterhin verfolgt werden können.

Begründung:

Zu den Buchstaben e und f:
Die vom Deutschen Bundestag beschlossene Ergänzung des TSVG in § 132e SGB V, nach der das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhobenen und gemeldeten Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen unter Berücksichtigung einer zehnprozentigen Reserve mit den durch die Hersteller/Anbieter nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) gemeldeten Daten vergleicht und anschließend die Hersteller/Anbieter sowie die KBV über das Ergebnis der Prüfung informiert, wird aus fachlicher Sicht kritisch gesehen. Im gesetzlich normierten Planungsprozess sind die Bedarfe für die Impfungen von Privatpatienten, durch Gesundheitsämter und Betriebsärzte nicht berücksichtigt; es erfolgt also eine Untererfassung. Ob die einzukalkulierende Reserve von zehn Prozent die Lücke sicher abdeckt, ist ungewiss.
Diese neue, mehrstufige Planungsarbeit mit mehreren Beteiligten (Vertragsärzte, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), KBV, PEI, Robert-Koch-Institut (RKI)), die ausschließlich dazu dient, festzustellen, wieviel Grippeimpfstoffverbrauch in der kommenden Saison für die Versorgung der gesetzlich Versicherten erwarten werden kann, ist nicht sinnvoll, weil sie damit endet, dass allen (miteinander konkurrierenden) Herstellern/Anbietern das Ergebnis mitgeteilt und dann alles Weitere dem freien Spiel der Kräfte überlassen wird. Dann kann jeder Hersteller/Anbieter entscheiden, wieviel er produziert und zu welchem Preis – im schlechtesten Fall ohne verbindliche Vorbestellungen von Apotheken (siehe unten), also ohne Abnahmegarantie. Wenn die Hersteller/Anbieter ihre Produktionsmengen (und Preise) deswegen untereinander absprechen würden, wäre das nicht im Sinne des Wettbewerbs. Die Preisgestaltung für die Hersteller/Anbieter sowie der Zeitpunkt, zu dem diese die Preise veröffentlichen, sind offen gelassen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (vgl. BR-Drucksache 53/19 (Beschluss), Ziffer 27) den Wunsch geäußert, dass die Preis- und Produktangaben bis spätestens zum 1. März eines Jahres veröffentlicht werden sollten.
Der KBV und den KVen werden erstmalig Aufgaben im Zusammenhang mit der Erhebung von geplanten Grippeschutzimpfungen übertragen. Diese haben keinerlei Erfahrungen damit. Ein Nichtmelden der Ärztinnen und Ärzte ist nicht sanktioniert. Eine solch aufwendige Planung wäre unnötig, wenn man sich an den aus der jeweiligen Vorsaison vorliegenden Abrechnungsdaten oder an den Vorjahreszahlen der Apotheken orientieren würde.
Die Apotheken, die das Verfahren jahrelang mit den von ihnen versorgten Praxen geübt haben, sind in diesen Prozess nicht eingebunden. Die fehlende Einbindung der Apotheken wird nicht zur Verbesserung des späteren Versorgungsprozesses durch die Apotheken führen. Grippeimpfstoffe unterliegen, bis auf die Vertriebswegausnahmen des § 47 Absatz 1 Nummer 3 AMG, der Apothekenpflicht. Vertragsärztinnen und -ärzte beziehen diese als Sprechstundenbedarf von einer Apotheke ihrer Wahl. Nur die Apotheken können die Impfstoffe beim Hersteller/Anbieter bestellen.
Da Grippeimpfstoffe unterschiedlicher Anbieter zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden, ist die Frage der Wirtschaftlichkeit maßgeblich. Mit dem TSVG wird in § 106b Absatz 1a SGB V zwar festgelegt, dass bei Verordnungen der Grippeimpfstoffe eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich gelten soll; die konkrete Ausgestaltung dieser Regelung sowie Regelungen zu sonstigen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Verordnung der Grippeimpfstoffe ist jedoch den Krankenkassen und den KVen überlassen. Vor einer anbieterbezogenen Bedarfsmeldung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte muss bei gleicher Zweckmäßigkeit unterschiedlicher Grippeimpfstoffe zunächst die Frage geklärt werden, welcher Impfstoff in der kommenden Saison der wirtschaftlichste sein wird. Dazu müssten zum Beispiel Ende Dezember 2019 Daten der jeweiligen Anbieter zu den Preisen der Grippeimpfstoffe für die Saison Winter 2020/2021 vorliegen. Bisher wurden diese Daten jedoch regelmäßig erst etwa zwei bis drei Monate vor Saisonbeginn veröffentlicht. Das hieße hier dann im Juni/Juli 2020. Die ebenfalls mit dem TSVG vorgenommene Anpassung der Regelungen zum EU-Referenzpreisabschlag (§ 130a SGB V) wird letztlich nicht dazu führen, dass die Kosten, die bei den Krankenkassen für Grippeimpfstoffe unterschiedlicher Anbieter anfallen, identisch sind.
Durch die Änderung der nach § 78 AMG zustimmungspflichtigen Arzneimittelpreisverordnung wird die Apothekenvergütung bei der Versorgung der Praxen mit Grippeimpfstoffen auf 1 Euro pro Impfdosis limitiert und auf 75 Euro je Verordnungszeile gedeckelt. Diese Vergütung deckt nicht, wie behauptet, den Aufwand der Apotheken. Bisher wurden zum Beispiel in den Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern maximal 250 Dosen je Verordnungszeile/Rezept verordnet. Diese Begrenzung der Menge pro Verordnung war zwischen den Vertragspartnern AOK Nordost und den drei Apothekerverbänden jeweils vereinbart worden. Bestellungen von jeweils 75 Dosen wären den bei der Grippeimpfstoffversorgung agierenden Krankenkassen vor dem Hintergrund der TSVG-bedingten Änderung der Arzneimittelpreisverordnung vermutlich nicht vermittelbar, das heißt ab der 76. Dosis arbeitet die Apotheke ohne weitere Vergütung. Das ist angesichts der Ausgaben für die meistens für die Ärztin oder den Arzt vorgenommene Kühllagerung und den sonstigen logistischen Aufwand kontraproduktiv, weil unternehmerisch unattraktiv. Die Vertragsärztinnen und -ärzte rufen üblicherweise die benötigten Impfstoffdosen entsprechend den in der Arztpraxis vorhandenen Kühlkapazitäten in Tranchen zu 50 oder 100 Dosen sukzessive von den Apotheken ab.
Offen ist, ob Apotheken unter den im TSVG neu geregelten Vergütungsbedingungen bereit sind, das mit den frühzeitigen verbindlichen Bestellungen verbundene wirtschaftliche Risiko (zwingende Bezahlung des Einkaufes) zu tragen. Es ist zu befürchten, dass Apotheken Grippeimpfstoffe erst dann bestellen, wenn eine vertragsärztliche Sprechstundenbedarfsverordnung vorgelegt wird. Dies wird voraussichtlich erst im August/September eines Kalenderjahres der Fall sein, da derartige GKV-Verordnungen aufgrund untergesetzlicher (Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)) und vertraglicher Regelungen in der Regel lediglich einen Monat gültig sind. Die Produktion des Impfstoffes ist zu diesem Zeitpunkt jedoch bereits abgeschlossen. Wenn alle hergestellten Grippeimpfstoffe verkauft sind, kann wegen der Dauer des Prozesses nichts nachproduziert werden. Im Übrigen besteht für die Apotheke, anders als bei Individualverschreibungen, kein Kontrahierungszwang bei dieser Sprechstundenbedarfsversorgung.
Die Begründung, eine Beratung der Ärztinnen und Ärzte sei nicht erforderlich, deckt sich nicht mit den Erfahrungen der Praxis. Zudem ist die Beratung der Ärztinnen und Ärzte über Arzneimittel eine im § 20 Absatz 1 Apothekengesetz normierte Aufgabe der Apotheken, die nicht durch die Begründung eines anderen Bundesgesetzes (hier TSVG) ausgehöhlt werden kann.
Das TSVG regelt nicht eindeutig, wer letztlich die Verantwortung für die Bereitstellung ausreichender Mengen Grippeimpfstoff trägt. Den Krankenkassen, die bisher diese Verantwortung zum Beispiel in den Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam mit den Apotheken übernommen haben, wird dies aufgrund der vom Gesetzgeber jetzt vorgenommen Einschränkungen nicht mehr in der bisherigen Form möglich sein.

*2. Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387); Begründungen aus Drucksachen 19/4454 und 19/5112.

*Anmerkung: siehe „Vorbemerkungen“ (Seite 3 ff.)

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 2 – Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anmerkung: Sowohl die Gesetzesänderungen als auch die Begründungen sind im SGB V-Handbuch eingearbeitet.

Artikel 3 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
   a) Nach den Wörtern „Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ werden die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 des Fünften Buches“ eingefügt.
   b) Folgender Satz wird angefügt:
   „§ 247 Satz 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden.“
2. In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches“ eingefügt.

Zu Nummer 1 und 2 (§ 106)
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der auch für die Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Tragung der Beiträge (einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) nachvollzogen wird.
Dadurch erhalten ab dem 1. Januar 2019 auch Rentnerinnen und Rentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, einen erhöhten Beitragszuschuss, da sich der Rentenversicherungsträger hälftig an den Aufwendungen beteiligt, die sich für die Rentenbezieher aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V) zuzüglich kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes (§ 242 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergeben. Entsprechendes gilt auch für Rentnerinnen und Rentner, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, mit der Besonderheit, dass anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V) maßgebend ist.
Die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V, wonach für krankenversicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten, wird im § 106 Absatz 2 SGB VI hinsichtlich des Beitragszuschusses für die freiwillig krankenversicherten Rentnerinnen und Rentner nachvollzogen. Das hat auch zur Folge, dass der Zuschuss nach § 106 Absatz 2 SGB VI von den Rentenversicherungsträgern mit Wirkung vom 1. Januar 2019 an auf der Grundlage des jeweils im November 2018 maßgeblichen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen ist. Eventuelle Änderungen der Zusatzbeitragssätze, die nach dem 30. November 2018 wirksam werden, wirken sich bei der Berechnung des Zuschusses – wie bislang schon bei krankenversicherungspflichtigen Rentnerinnen und Rentnern – erst mit einer zweimonatigen Verzögerung und damit frühestens ab dem 1. Februar 2019 aus. Eine Übergangsregelung für die Berechnung der Zuschüsse an freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentnerinnen und Rentner für den Monat Januar 2019 und – falls sich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zum 1. Januar 2019 ändert – für den Monat Februar 2019 ist damit nicht erforderlich.

Artikel 4* – Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

§ 172c Absatz 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
2. Folgender Satz wird angefügt:
   „Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“

*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

Zu Nummer 1 (§ 172c)
Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist den Unfallversicherungsträgern in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 Satz 2 bis 4 des Versorgungsrücklagegesetzes in der bis zum 10. Januar 2017 geltenden Fassung die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von bis zu 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Seither ist es möglich, mit Blick auf die

langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Verlustrisiken werden begrenzt durch die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements.
Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 (BGBl. I S. 17) hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes einen Aktienanteil von jeweils bis zu 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes). Diese Erhöhung des Aktienanteils soll entsprechend der mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 171e Absatz 2a Satz 2 SGB V auch für die Altersrückstellungen der Unfallversicherungsträger nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der Unfallversicherungsträger und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt. Dem Grundsatz der Anlagesicherheit nach § 80 Absatz 1 SGB IV ist von den Unfallversicherungsträgern bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des passiven, indexorientierten Managements Rechnung zu tragen. Hierzu haben sie ein angemessenes Risikomanagementsystem zu unterhalten. In der Praxis werden die gesetzlichen Vorgaben zur Risikominimierung von den Unfallversicherungsträgern durch eigene Anlagerichtlinien konkretisiert, die von den zuständigen Aufsichtsbehörden überprüft werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung des Aktienanteils auch unter Berücksichtigung der Verlustrisiken sachgerecht.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 1a Satz 4 wie folgt:
Zu Nummer 2
Die Regelung in Artikel 4 Nummer 1 zu § 172c Absatz 1a Satz 2 entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf. Bei der Regelung in Artikel 4 Nummer 2 zu § 172c Absatz 1a Satz 4 handelt sich um die Parallelregelung zu § 171e Absatz 2a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 5 – 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 6 Absatz 4 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I. S. 2016) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 25 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Abs. 1 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.
2. In § 33 Absatz 3 werden nach den Wörtern „sozialen Pflegeversicherung“ die Wörter „oder von Familienversicherung nach § 25“ eingefügt.

Zu Nummer 1 (§ 25)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung des Satzes 3 in § 10 Absatz 1 SGB V.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 1 (§ 25)
Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.
Zu Nummer 2 (§ 33)
Die Ergänzung ist erforderlich, um einen lückenlosen Versicherungsschutz beim Wechsel aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die soziale Pflegeversicherung auch für Familienangehörige sicherzustellen. Insbesondere auf Grund des Wortlautes des § 33 Absatz 3 sah sich das Bundessozialgericht (Urteil vom 30. November 2017 – B 3 P 5/16 R) gehindert, in diesen Fällen eine Anrechnung der in der privaten Pflegeversicherung ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit vorzunehmen. Dies hat zur Folge, dass die Familienangehörigen in den ersten beiden Jahren nach dem Wechsel der Versicherung keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von der sozialen Pflegeversicherung erhalten können.
Bei einem umgekehrten Wechsel von Familienangehörigen, nämlich aus der sozialen in die private Pflege-Pflichtversicherung, ist ein lückenloser Versicherungsschutz durch Anrechnung der in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit auf die Wartezeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach dem Wortlaut des § 23 Absatz 6 Nummer 2, der auch Familienangehörige ausdrücklich erwähnt, bisher bereits geregelt.
Die Änderung betrifft nicht nur, aber auch Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die nach diesem Gesetz künftig wegen Eintritt von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung ausscheiden.

Artikel 6* – Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

§ 7 Absatz 1a des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
2. Folgender Satz wird angefügt:
   „Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“

*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

Zu Nummer 1 (§ 7)
Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 Satz 2 bis 4 des Versorgungsrücklagegesetzes in der bis zum 10. Januar 2017 geltenden Fassung die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von bis zu 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Seither ist es möglich, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Verlustrisiken werden begrenzt durch die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements.
Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 (BGBl. I S. 17) hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes einen Aktienanteil von jeweils bis zu 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes). Diese Erhöhung des Aktienanteils soll entsprechend

der mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 171e Absatz 2a Satz 2 SGB V auch für die Altersrückstellungen der SVLFG nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der SVLFG und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt. Dem Grundsatz der Anlagesicherheit nach § 80 Absatz 1 SGB IV ist von der SVLFG bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des passiven, indexorientierten Managements Rechnung zu tragen. Hierzu hat sie ein angemessenes Risikomanagementsystem zu unterhalten. In der Praxis werden die gesetzlichen Vorgaben zur Risikominimierung von der SVLFG durch eine eigene Anlagerichtlinie konkretisiert, die vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde überprüft werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung des Aktienanteils auch unter Berücksichtigung der Verlustrisiken sachgerecht.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 1a Satz 4 wie folgt:

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Regelung in Artikel 6 Nummer 1 zu § 7 Absatz 1a Satz 2 entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf. Bei der Regelung in Artikel 6 Nummer 2 zu § 7 Absatz 1a Satz 4 handelt es sich um die Parallelregelung zu § 171e Absatz 2a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 7 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

*0. Dem § 4 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird."

*1. Dem § 8 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:
„Ist das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse das Mitglied schriftlich darauf hinzuweisen, dass es im Falle der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen kann."

*2. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte."

3. § 39 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
   „Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt abweichend von Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."
   b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
   „Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."
4. § 48 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Versicherungspflichtige, die eine Rente im Sinne von § 228 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte."
5. Folgender § 66 wird angefügt:

„§66

Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

(1) Die Krankenkasse hat ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 nach Maßgabe des Absatzes 2 zu überprüfen.

(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben."

*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

Zu Nummer 1 (§ 8)

Folgeänderung zum neuen § 16 Absatz 3b SGB V. Die landwirtschaftliche Krankenkasse wird verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Hilfebedürftigkeit ganz oder teilweise durch Jobcenter oder Träger der Sozialhilfe übernommen werden. Durch die Regelung soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und bis dahin Beitragsrückstände aufbauen.

Zu Nummer 2 (§ 22)

Folgeänderung zu § 188 Absatz 4 SGB V. Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der landwirtschaftlichen Krankenkasse künftig nicht mehr im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann.

Zu Nummer 3 (§ 39) – Anmerkung: siehe Neufassung von Absatz 3 Satz 2 durch den 14. Ausschuss

Im geltenden Recht sind die Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberenten nach dem ALG mit Ausnahme einer Übergangshilfe bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten und Landabgaberenten den Empfängerinnen und Empfängern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V gleichgestellt. Die Schaffung der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, wird hiermit auch für die Versicherungspflichtigen nachvollzogen, die eine Rente oder Landabgaberente von der landwirtschaftlichen Alterskasse beziehen. Da nur der halbe Beitragssatz bei der Rentenempfängerin oder dem Rentenempfänger erhoben wird, kann die Regelung nicht wie für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragstragung erfolgen, sondern muss beim Beitragssatz vorgenommen werden. Durch die Änderung wird parallel zur Änderung in § 248 SGB V die Gleichbehandlung der Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberenten der landwirtschaftlichen Alterskasse erreicht, unabhängig davon, ob sie in der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse keinen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhebt, ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz anzuwenden.
Zu Nummer 4 (§ 48)
Durch die Änderung wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen. Die Rentenversicherungsträger haben die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d. h. einschließlich des für die landwirtschaftliche Krankenkasse geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu tragen. Die Änderung gilt für die Beitragsberechnung der landwirtschaftlichen Unternehmerinnen und Unternehmer, der mitarbeitenden Familienangehörigen und der Altenteiler, soweit diese Versicherten eine Rente nach § 228 SGB V beziehen.
Zu Nummer 5 (§ 66) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Die neue Übergangsvorschrift dient ebenso wie die vergleichbare Vorschrift in § 323 SGB V dem Ziel, den Bestand an freiwilligen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 22 Absatz 3 entstanden sind, im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 22 Absatz 3 und § 191 Nummer 5 SGB V zu überprüfen. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt, sind die in § 323 Absatz 3 bis 5 SGB V enthaltenen Regelungen für die landwirtschaftliche Krankenkasse entbehrlich.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 0 (§ 4)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in § 8 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand.
Zu Nummer 3 (§ 39)
Zu Buchstabe a (Absatz 2 Satz 3)
Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.
Zu Buchstabe b (Absatz 3 Satz 2)
Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer, die ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beziehen, haben in Bezug auf diese ausländischen Renten nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Beiträge in Höhe des hälftigen allgemeinen Beitragssatzes zu entrichten. Durch den auf die Hälfte verringerten allgemeinen Beitragssatz wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der ausländische Leistungsträger der Rente sich nicht hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt. Durch die Erweiterung der Regelung auf die Berücksichtigung des hälftigen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird der Grundgedanke der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Empfängerinnen und Empfänger ausländischer Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V konsequent nachvollzogen.
Zu Nummer 5 (§ 66)
Folgeänderung zur Änderung des § 323 Absatz 2 SGB V. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Bereinigung in Bezug auf alle freiwilligen Mitgliedschaften zu erfolgen hat, die bei ihrer Begründung die gesetzlichen Voraussetzungen für die Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3 Satz 1 erfüllt haben und die in Absatz 2 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllen.

Artikel 8 – Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

In § 35a Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Folgeänderung zur Änderung des § 39 KVLG 1989 und des § 248 SGB V, durch die die Beitragserhebung bei Empfängerinnen und Empfängern von Renten und Landabgaberenten nach dem ALG an die paritätische Finanzierung der Beiträge aus Renten nach § 228 SGB V angepasst wird. Auch beim Beitragszuschuss für freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner soll der Zusatzbeitrag berücksichtigt werden. Aus Vereinfachungsgründen und zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll der durchschnittliche Zusatzbeitrag zugrunde gelegt werden.

Artikel 9 – Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 153 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
   b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. In § 16 Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „zuzüglich des“ das Wort „hälftigen“ eingefügt.

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Sie bewirken, dass auch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten eine paritätische Tragung der Beiträge (einschließlich des Zusatzbeitrags) nachvollzogen wird. Auch beim Beitragszuschuss für freiwillig oder privat krankenversicherte Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten soll der Zusatzbeitrag berücksichtigt werden.

Artikel 10 – Änderung des Soldatengesetzes

Das Soldatengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 99 folgende Angabe eingefügt:
   „§ 100 Übergangsvorschrift aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung“.
2. § 31 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
   „(2) § 80 des Bundesbeamtengesetzes und die Bundesbeihilfeverordnung sind entsprechend anzuwenden auf
   1. Soldatinnen und Soldaten, die Anspruch auf Dienstbezüge oder Ausbildungsgeld haben oder Elternzeit in Anspruch nehmen, und
   2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Versorgungsbezüge nach Abschnitt II des Zweiten Teils des Soldatenversorgungsgesetzes oder nach § 42a oder § 43 des Soldatenversorgungsgesetzes.“
3. Folgender § 100 wird angefügt:

„§ 100
Übergangsvorschrift aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Auf die am 31. Dezember 2018 vorhandenen Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger ist § 31 Absatz 2 in der bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)
Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.
Zu Nummer 2 (§ 31)
Die bisherige Regelung, wonach ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Anspruchs auf Übergangsgebührnisse einen Anspruch auf Beihilfe hatten, ist nicht mehr zeitgemäß. Personen, die nach ihrem Ausscheiden aus dem Wehrdienstverhältnis lediglich eine zeitlich begrenzte Übergangsversorgung erhalten, bezogen so typische Fürsorgeleistungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes. Derartige Leistungen stehen sonst nur Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Versorgung auf Lebenszeit zu. Mit der Einführung eines Beitrittsrechts zur gesetzlichen Krankenversicherung in Artikel 2 Nummer 1 und 7 (Änderungen in den §§ 9 und 257 SGB V) wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Ein Beihilfeanspruch ist nicht mehr erforderlich, da sie bereits über eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage anderer Normen verfügen.
Zu Nummer 3 (§ 100)
Da Personen, die bereits Anspruch auf Beihilfe haben, regelmäßig das neue Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht nutzen können, ist für diese Fälle eine Übergangsregelung nach dem neuen § 100 erforderlich.

Artikel 11 – Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes

Das Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Die Angabe zu § 12 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
      „b) Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung § 11b
      c) Übergangsbeihilfe § 12“.
   b) Folgende Angabe wird angefügt:
      „18. Übergangsregelungen aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung § 106“.
2. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:

„§ 11b
Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung

(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Empfängerinnen oder Empfänger von Übergangsgebührnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebührnissen einen Beitragszuschuss zu ihren Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebührnisse zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung, wenn sie
1. nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch pflichtversichert oder
2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert

sind. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 61 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

(2) Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte Empfängerinnen oder Empfänger von Übergangsgebührnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs der Übergangsgebührnisse einen Zuschuss zu ihren

Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, soweit sie Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen. Der Anspruch erstreckt sich auch auf die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für Angehörige, die bei Versicherung der Empfängerin oder des Empfängers von Übergangsgebührnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuches familienversichert wären. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 61 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuches oder auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Die Höhe des Zuschusses entspricht der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Hälfte des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Zugrundelegung der Übergangsgebührnisse als beitragspflichtige Einnahme. Sind die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung niedriger als die Beiträge, die auf der Grundlage der Übergangsgebührnisse als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten wären, wird als Zuschuss höchstens die Hälfte des Betrages gezahlt, den die Empfängerin oder der Empfänger von Übergangsgebührnissen für seine private Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen hat.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für einen Zeitraum, für den nach § 11 Absatz 7 Satz 1 Übergangsgebührnisse nicht zustehen. Bei der Bemessung des Zuschusses ist in diesem Zeitraum das Versorgungskrankengeld als beitragspflichtige Einnahme zugrunde zu legen.“

2a. § 12 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch auf Übergangsbeihilfe entsteht am Tage des Ausscheidens aus dem Dienst; die Übergangsbeihilfe wird in einer Summe gezahlt.“

3. Nach § 105 wird folgende Gliederungseinheit 18 angefügt:

„18. Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 106

Auf die am 31. Dezember 2018 vorhandenen Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührnissen ist das Soldatenversorgungsgesetz in der bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2 (§ 11b) – Anmerkung: siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss

Die in den zurückliegenden Jahren erheblichen Veränderungen der dienstlichen und beruflichen Werdegänge der Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten Jahren führen dazu, dass Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten mit deutlich höherem Lebensalter ausscheiden. Dies ist u.a. auf die höheren Verpflichtungsreichweiten (bis zu 25 Jahre) sowie die steigende Zahl von lebensälteren Seiteneinsteigern zurück zu führen. Dadurch entstehen für die Betroffenen zunehmend nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst Probleme beim Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Krankenversicherung der Rentner. Dieser besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten soll durch die Schaffung eines einheitlichen Zugangsrechts zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet werden. Allen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit wird das Recht gewährt, sich nach dem Ausscheiden aus dem Dienst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können. Zugleich wird der Beihilfeanspruch, der derzeit während des Bezugszeitraums der Übergangsgebührnisse besteht, gestrichen. Dennoch bleibt die aktive Entscheidung für den Weg in die private Krankenversicherung als Option erhalten. Zum Wegfall des Beihilfeanspruchs ist den Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die nach ihrem Ausscheiden keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebührnissen unabhängig davon, ob sie sich nach dem Ausscheiden aus der Bundeswehr gesetzlich oder privat versichern, ein finanzieller Ausgleich zu gewähren, um die derzeitige Netto-Leistungshöhe für die Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührnissen weitgehend zu erhalten. Dieser, der besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten geschuldete Ausgleich wird durch die Übernahme der hälftigen Krankenversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der Übergangsgebührnisse durch den Dienstherrn in Form eines Zuschusses geschaffen. Sollte ein für eine private Krankenversicherung gezahlter Beitrag niedriger sein als der auf Basis der Übergangsgebührnisse und dem ermäßigten Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ermittelte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung, wird nur der hälftige, niedrigere Beitrag zur privaten Krankenversicherung gezahlt. Aufgrund der Aufhebung des § 31 Absatz 2 Satz 2 des Soldatengesetzes ist die durchgängige Gewährung des Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen sicherzustellen.

Zu Nummer 3 (§ 106)

§ 11b stellt eine Neuregelung der Absicherung der Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührnissen für den Krankheitsfall dar. Es ist daher sachgerecht, einen in der Zukunft liegenden Stichtag für das Inkrafttreten vorzusehen. Damit wird neuen Zahlungsempfängerinnen und Zahlungsempfängern Zeit eingeräumt, sich umfassend über die neue Rechtslage zu informieren. Außerdem benötigen die Stellen Zeit, die Änderung im Antrags- und Abrechnungsverfahren vorzubereiten. Vorhandene Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührnissen haben ihre Krankenversicherung auf der Grundlage der bisherigen Rechtslage geregelt. Für diesen Personenkreis ist der Wechsel in das neue System daher nicht erforderlich.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht hinsichtlich der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 11b)

Der Zuschuss zu den aus den Übergangsgebührnissen zu entrichtenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist auch auf die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu erstrecken. Die Absätze 1 und 2 wurden entsprechend ergänzt. Dies ist sachgerecht, da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt und auch die Beihilfe die Erstattung von Pflegekosten vorsieht. Die Haushaltsausgaben erhöhen sich von 9,7 Millionen Euro auf 12,1 Millionen Euro.

Die Änderung des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 gewährleistet, dass nicht nur die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die das neue Beitrittsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 nutzen, einen Beitragszuschuss erhalten, sondern genauso auch diejenigen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die während ihrer Dienstzeit eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer reduzierten Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V – (sogenannte Anwartschaftsversicherung) geführt haben.

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 2 soll verhindert werden, dass gesetzlich Krankenversicherte bei Zusammentreffen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V und § 61 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuches – SGB XI – und des Beitragszuschusses nach § 11b Absatz 1 Satz 1 aus beiden Regelungen einen Zuschuss herleiten können.

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 3 wird der Beitragszuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung dann ausgeschlossen, wenn die oder der privat Kranken- und Pflegeversicherte bereits einen Arbeitgeberzuschuss nach § 257 Absatz 2 Satz 1 SGB V und § 61 Absatz 2 Satz 1 SGB XI erhält. Damit wird verhindert, dass privat Kranken- und Pflegeversicherte ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei Zusammentreffen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Absatz 2 Satz 1 SGB V und des Beitragszuschusses nach § 11b Absatz 2 gegebenenfalls vollständig erstattet bekommen. Dies dient der Gleichbehandlung mit Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die in jedem Fall die Hälfte der aus den Übergangsgebührnissen sowie aus dem Arbeitsentgelt zu leistenden Beiträge zu tragen haben.

In Absatz 3 Satz 2 wird für die Fälle des Absatzes 3 Satz 1 klargestellt, dass bei dem Bezug von Versorgungskrankengeld dieses anstelle der Übergangsgebührnisse der Zuschussberechnung zugrunde zu legen ist. Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit mit Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, haben bei bestehender Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Versorgungskrankengeld gemäß § 16 des Bundesversorgungsgesetzes. In dieser Zeit stehen den ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit gemäß § 11 Absatz 7 keine Übergangsgebührnisse zu. In dieser Zeit werden die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung aus dem Versorgungskrankengeld anstelle der Übergangsgebührnisse berechnet, sodass die Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für diesen Zeitraum auf der Grundlage des Versorgungskrankengeldes zu bemessen sind.

Zu Nummer 2a (§ 12)

Es handelt sich um eine Änderung zur Klarstellung, dass der Rechtsanspruch auf Übergangsbeihilfe noch in der Dienstzeit entsteht, mit der Folge, dass diese Leistung im Rahmen eines an die Dienstzeit anschließenden Versicherungsverhältnisses zu gesetzlichen Krankenversicherung nicht beitragspflichtig sein kann.

Artikel 11a* – Änderung des Eignungsübungsgesetzes

Das Eignungsübungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 53-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 77 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
   „(3) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung zahlt der Bund den zuständigen Trägern der Krankenversicherung den Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Bemessung des Beitrags wird 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt und gilt der allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."
2. § 8a Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:
   „(2) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung wird bei der Bemessung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt.
   (3) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen entsprechenden Beitragszuschuss zur privaten Pflege-Pflichtversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Eignungsübende für seine private Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen hat."
3. § 10 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
   „Beitragsbemessungsgrundlage ist die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch."

*Anmerkung: Inkrafttreten 1. Januar 2020

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (§ 8)

Nach geltender Rechtslage zahlt der Bund für die Zeiten der Teilnahme an der Eignungsübung den zuständigen Trägern der Krankenversicherung ein Zehntel des Beitrags, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung zu entrichten war. Dabei sind Änderungen des Beitragssatzes und der Jahresarbeitsverdienstgrenze, die während der Eignungsübung eintreten, zu berücksichtigen. Diese Regelung führt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Dienststellen der Bundeswehr zu einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

Mit der Änderung wird eine pauschale und insofern verwaltungsarme Beitragsberechnung ermöglicht. Da während der Teilnahme an einer Eignungsübung der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, ist lediglich ein reduzierter Beitrag zu erheben. Die Änderung sieht vor, dass für die Bemessung dieses reduzierten Beitrags 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt werden.

Zu Nummer 2 (§ 8a)

Das Versicherungsverhältnis zur sozialen Pflegeversicherung besteht während der Teilnahme an der Eignungsübung unverändert fort, mit der Besonderheit, dass der Bund die Hälfte des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung trägt. Mit der Änderung wird für die Bemessung dieser Beiträge die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt und der Verwaltungsaufwand bei den beteiligten Stellen verringert. In Bezug auf die Berechnung des Beitragszuschusses für privat pflegepflichtversicherte Eignungsübende wird der bisherige Absatz 2 neu gefasst.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Die geltende Rechtslage sieht vor, dass Eignungsübende versicherungspflichtig nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch sind und dass der Bund für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung den Beitrag zur Arbeitsförderung in der gleichen Höhe des Beitra-

ges zu tragen hat, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung geleistet wurde. Damit ist ein Verwaltungsaufwand verbunden, insbesondere in solchen Fällen, in denen vor Beginn der Eignungsübung Arbeitslosengeld bezogen wurde. Mit der Änderung wird für die Bemessung des Beitrags die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt und damit der Verwaltungsaufwand bei den beteiligten Stellen verringert. Auch wenn es sich um vergleichsweise geringe Fallzahlen handelt, ist durch den Wegfall der bisherigen komplexen Prüfung von einem reduzierten Erfüllungsaufwand bei der Beitragsabrechnung für Eignungsübende auszugehen. Durch die Pauschale ist nun ein Prüfautomatismus möglich.

Artikel 12 – Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

In § 2 Absatz 2 Satz 1 der Bundesbeilhilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 24. Juli 2018 (BGBl. I S. 1232) geändert worden ist, wird das Wort „Übergangsgebührnisse," gestrichen.

Die Änderung ist eine Folgeänderung in der Bundesbeihilfeverordnung zu Artikel 10 Nummer 2 (Änderung in § 31 des Soldatengesetzes). Auf die diesbezügliche Begründung wird verwiesen.

Artikel 12a – Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

In § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) geändert worden ist, werden die Wörter „des halben um den vom Arbeitnehmer allein zu tragenden Beitragsanteil reduzierten Beitragssatzes in" gestrichen und werden nach dem Wort „Krankenversicherung" die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes" eingefügt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Die Wiedereinführung der Parität von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen führt auch zu einer Änderung in der anteiligen Berechnung des zu zahlenden Beitrages in der Gleitzone bzw. ab dem 1. Januar 2019 im Übergangsbereich (§ 20 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Dies wird durch die Änderung der Berechnungsvorschrift erreicht. Durch die Umsetzung zum 1. Januar 2019 kommt es zu keinen wesentlichen Belastungen bei der Anpassung in der Entgeltabrechnung der Arbeitgeber.

Artikel 13 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft (= 15. Dezember 2018).
(1a) Artikel 1 Nummer 7 (§ 242 Absatz 1 Satz 4) tritt mit Wirkung vom 18. Oktober 2018 in Kraft.
(2) Die Artikel 2 (SGB V), 3, 5, 7 Nummer 3, 4 und 5 sowie die Artikel 8, 9, 10, 11, 12 und 12a treten am 1. Januar 2019 in Kraft.
(3) Artikel 2 Nummer 9 (§ 324) tritt am 1. April 2019 außer Kraft. – Anmerkung: 1. April 2020 (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Artikel 7 Nummer 19 in Verb. mit Artikel 14 Nummer 6)
(4) Artikel 11a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Vorbemerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss

Die Rechtsbereinigungen nach Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 5 treten zum 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem die Frist für die Geltung der Regelung in § 10 Absatz 1 Satz 3 am 31. Dezember 2018 abgelaufen ist.
Das spätere Inkrafttreten der beitragsrechtlichen Regelungen in Artikel 2 Nummer 3, 4, 5, 6, 7 (§§ 240, 248, 249, 249a und 257) sowie Artikel 3 und 7 Nummer 3 und 4 sowie Artikel 8 und 9 zum 1. Januar 2019 stellt sicher, dass Krankenkassen, Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger die Regelungen technisch und organisatorisch mit der notwendigen Vorlaufzeit umsetzen können.
Für den Systemwechsel des Krankenversicherungsschutzes von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach Ende der Dienstzeit nach Artikel 2 Nummer 1 und 7 (§§ 9 und 257) sowie Artikel 10, 11 und 12 ist eine ausreichende Vorbereitungszeit notwendig, die ein sofortiges Inkrafttreten nicht erlaubt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1
Folgeänderung auf Grund der angefügten Absätze.
Zu Absatz 1a
Der Änderungsantrag sieht ein Inkrafttreten der Regelung nach § 242 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) am Tag der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs vor. Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes sind somit ab diesem Zeitpunkt unzulässig, wenn die Finanzreserven, bestehend aus Betriebsmitteln und Rücklagen, das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke bzw. die von der zuständigen Aufsichtsbehörde zugelassene Obergrenze überschreiten.
Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Regelung im Rahmen der ab Herbst 2018 stattfindenden Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2019 sowie bei den Aufsichtsbehördenprüfungen geplanter Zusatzbeitragssatzveränderungen berücksichtigt werden kann.
Zu Absatz 2
Die Neuregelung des § 66 (Artikel 7 Nummer 5) soll ebenso wie § 323 SGB V zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.
Die Verfahrensregelung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beitragsverfahrensordnung (Artikel 12a) muss parallel zur Einführung der paritätischen Beitragstragung am 1. Januar 2019 in Kraft treten.
Zu Absatz 3
Die Übergangsregelung in § 324 ist ab dem 1. April 2019 gegenstandslos, so dass im Sinne der Rechtsbereinigung das Außerkrafttreten zu diesem Zeitpunkt vorgesehen wird. – Anmerkung: 1. April 2020 (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Artikel 7 Nummer 19 in Verb. Artikel 14 Nummer 6)
Zu Absatz 4
Die neue Beitragsberechnung bei Eignungsübenden (Artikel 11a) soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten, um einen geordneten Übergang in die neue Rechtsanwendungspraxis zu ermöglichen und dem im Rahmen der praktischen Umsetzung gegebenenfalls anfallenden Programmieraufwand im Personalwirtschaftssystem der Bundeswehr gerecht zu werden.

Begründungen

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4454)

Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss und dessen Begründung

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden.

Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollen sich nach Ende ihrer Dienstzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

B. Lösung

1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die anhand der monatlichen Bezugsgröße jährlich angepasst wird. Die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags entspricht dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Da viele Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer damit finanziell überfordert sind, wird die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße halbiert. Das würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1 141,88 Euro (anstatt 2 283,75 Euro) entsprechen, was einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171,28 Euro bedeuten würde. Die Umsetzung erfolgt zum 1. Januar 2019, um die Betroffenen zeitnah zu entlasten.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Der in den letzten Jahren überproportionale statistische Anstieg der Beitragsschulden bei den Krankenkassen ist weitgehend auf Fälle ungeklärter Mitgliedschaften zurückzuführen. Daher wird ein Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften geschaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt ist, sowie flexiblere Möglichkeiten für die Beitragsfestsetzung bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen vorgesehen. Zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden sollen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA-Zuweisungen) müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler

Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden. Es gibt keinen Grund, von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern, also von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Mitgliedern, hohe Zusatzbeiträge zu verlangen, wenn die Rücklagen einer Krankenkasse die notwendigen Höchstreserven übersteigen. Deshalb werden für die Finanzreserven gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden können. Die Abbaumechanismen greifen nach einer RSA-Reform ab dem Jahr 2020.

5. Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger

Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

6. Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden

dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.

Beitragsentlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:
Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden durch die Maßnahmen des Gesetzes mit einem Volumen von insgesamt etwa 8 Milliarden Euro jährlich entlastet. Davon entfallen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags rund 6,9 Milliarden Euro, auf die Entlastung der Selbstständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Milliarden Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen ab dem Jahr 2020 jährlich rund 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Parität
Der Bund als Arbeitgeber wird durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 30 Millionen Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem ergeben sich Mehrausgaben im Rahmen des Zuschusses des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in Höhe von jährlich rund 6 Millionen Euro. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes an die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜG) werden im Jahr 2019 jährlich rund 25,5 Millionen Euro betragen. Von den neuen Ländern werden dem Bund für die Mehraufwendungen der überführten Ansprüche aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR im Jahr 2019 rund 13,2 Millionen Euro erstattet. Der Bund trägt gemäß § 215 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch das Defizit in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Durch die künftige paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes sind deshalb in der knappschaftlichen Rentenversicherung ab dem Jahr 2019 jährliche Mehrausgaben des Bundes in Höhe von etwa 40 Millionen Euro zu erwarten. Die Mehrausgaben des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz sowie bei der knappschaftlichen Rentenversicherung sind im Einzelplan 11 aufzufangen. Die Mehrbelastungen des Bundes aus dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind in den Einzelplänen 11 und 60 aufzufangen. Die Änderung der Beitragsbemessung bei Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte führt beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu Mehrausgaben von weniger als 10 Millionen Euro jährlich, die im Einzelplan 10 aufzufangen sind. Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages führt zu einer Absenkung des Beitragssatzes der Mitglieder zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und zu Beitragsmindereinnahmen ab dem Jahr 2019 von jährlich mindestens 20 Millionen Euro. Daraus können ab dem Jahr 2020 im Rahmen der Risikoausgleichsleistungen des Bundes zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten Mehrbelastungen in dieser Höhe für den Bund entstehen.
Die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge führt durch die Beitragssatzsenkung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu einem geringeren Sonderausgabenabzugsvolumen und damit zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer. Gleichzeitig führt diese Maßnahme zu zusätzlichen Betriebsausgaben bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, die zu Steuermindereinnahmen in ähnlicher Größenordnung führen.
Die Länder und Kommunen als Arbeitgeber werden durch die Einbeziehung bei der Tragung der Zusatzbeiträge jährlich um rund 500 Millionen Euro belastet.
Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben über ihren Beitragsanteil zur Krankenversicherung der Rentner durch die paritätische Finanzierung Mehrbelastungen von jährlich rund 1,5 Milliarden Euro zu tragen.

Selbstständige
Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung durch geringere Beitragseinnahmen für Selbstständige im Jahr 2019 Mindereinnahmen in Höhe von etwa 800 Millionen Euro. Der sozialen Pflegeversicherung entstehen dadurch, dass die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auch bei ihr erfolgt, Mindereinnahmen von etwa 135 Millionen Euro.
Die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige führt durch das verminderte Sonderausgabenabzugsvolumen zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer in einer Größenordnung von 100 Millionen Euro jährlich.

Finanzreserven
Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht ab dem Jahr 2020 Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Milliarden Euro. In Folge ergeben sich entsprechende Mindereinnahmen bei den Krankenkassen.

Beitragsschulden
Im Rahmen der Bereinigung von Mitgliedskonten von „ungeklärten passiven“ Mitgliedern sind auch deren Beitragsschulden zu bereinigen. Die Bereinigung ist faktisch keine Mindereinnahme für die gesetzliche Krankenversicherung, weil diese Beitragsschulden nicht beigetrieben werden können und rein fiktiver Natur sind.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit
Nach dem Ende der Dienstzeit erhalten Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen einen Zuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen. Dieser wird anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet, wodurch dem Bund Mehrausgaben in Höhe von etwa 9,7 Millionen Euro jährlich entstehen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Parität

Den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern entsteht im Rahmen der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen kein neuer Erfüllungsaufwand. Die einmaligen Umstellungskosten wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme werden als gering eingeschätzt.

Selbstständige

Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlastet diese von Bürokratie. Die bisher erforderliche Antragstellung für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfällt zukünftig. Entlastet werden insofern mindestens 200 000 Selbstständige, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, von einem Zeitaufwand von jeweils etwa 27 Minuten und Sachkosten. Dementsprechend ist von einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Selbstständige im Umfang von rund 2,9 Millionen Euro auszugehen. Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben eine Entlastung in Höhe von 2,9 Millionen Euro dar.

Darüber hinaus entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die zuvor genannte Entlastung der Selbstständigen entfällt vollständig auf Bürokratiekosten. Das Gesetz enthält darüber hinaus keine neuen Informationspflichten, die Bürokratiekosten für die Wirtschaft verursachen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Parität

Die einmaligen Umstellungskosten, wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme, sofern sie im Einzelfall von der Verwaltung selber durchzuführen sind, werden als gering eingeschätzt. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch die Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst sind.

Selbstständige

Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlastet die Krankenkassen beim Verwaltungsaufwand. Die bisherige aufwändige Prüfung der Voraussetzungen für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfällt zukünftig. Bei etwa 200 000 Selbstständigen, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, entfällt für die Bearbeitung bei den Krankenkassen ein Verwaltungsaufwand von etwa 10 Minuten pro Fall. Daraus ergibt sich eine Verringerung der Verwaltungskosten im Umfang von etwa 1,6 Millionen Euro.

Beitragsschulden

Der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht bei Bereinigung des Mitgliederbestands um „ungeklärte passive" Mitgliedschaften nur ein geringer Verwaltungsaufwand, da auf vorhandene Informationen zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig entfällt ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der mit der Weiterführung der Mitgliedskonten verbunden wäre. Dem Bundesversicherungsamt entsteht für Ermittlung und Bescheidung zurückzuzahlender RSA-Zuweisungen ein geringer Verwaltungsaufwand. Für die Prüfdienste des Bundes und der Länder entsteht ebenfalls nur ein geringer zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da die Prüfung der Bestandsbereinigung im Rahmen der üblichen Vor-Ort-Prüfungen der Krankenkassen durchgeführt werden soll.

Soweit aus dem Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden dem Bund Erfüllungsaufwand entsteht, wird dieser innerhalb des jeweils betroffenen Einzelplans eingespart.

Finanzreserven

Der Abbau der Finanzreserven bei einigen Krankenkassen führt zu keinem messbaren Erfüllungsaufwand. Die anfallenden Aufgaben fallen unter die gewöhnliche Geschäftstätigkeit der Krankenkassen, wie etwa die Anpassung der Satzung aufgrund einer erforderlichen Senkung des Zusatzbeitragssatzes.

Altersrückstellungen

Den Sozialversicherungsträgern entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit

Insgesamt wird von einer Entlastung im Verwaltungsaufwand ausgegangen. Für die Festsetzung und Einpflege des neuen Beitragszuschusses in das Zahlungssystem entsteht ein Mehraufwand von etwa 90 000 Euro jährlich. Dagegen entfällt die Bearbeitung der Beihilfeanträge der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Angehörigen. Dies führt zu einer Entlastung in Höhe von etwa 305 000 Euro jährlich. Somit führt die Regelung zu einer Einsparung im Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 215 000 Euro jährlich.

F. Weitere Kosten

Parität

Die Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer bedeutet für die Wirtschaft ab dem Jahr 2019 eine Mehrbelastung von rund 4,9 Milliarden Euro jährlich.

Selbstständige
Die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung bedeutet eine Entlastung der selbstständig Berufstätigen ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 800 Millionen Euro jährlich.

Finanzreserven
Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen kann durch Senkung beziehungsweise Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber ab dem Jahr 2020 über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund 0,25 bis 0,5 Milliarden Euro führen.

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten.

Das Gesetz zielt darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden.

Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollen nach Ende ihrer Dienstzeit zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Das Gesetz enthält folgende Maßnahmen:

1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rnternerinnen und Rentnern getragen. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert. Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Rentenversicherung beteiligen sich somit hälftig an den Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz sowie hälftig an den bisher vom Mitglied allein zu tragenden Beiträgen nach dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz.

Die Umsetzung erfolgt zum 1. Januar 2019 aufgrund der notwendigen Vorlaufzeit für die zur Meldung verpflichteten Stellen (Krankenkassen, Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern).

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die anhand der monatlichen Bezugsgröße jährlich angepasst wird und im Jahr 2018 bei 2 283,75 Euro liegt. Dies entspricht dem 30-fachen des 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße.

Durch die Veränderungen des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren hat sich auch die selbstständige Tätigkeit verändert. Viele Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer sind daher mit dem derzeitigen Mindestbeitrag überfordert. Um die bisherige jährliche Anpassung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage anhand der Bezugsgröße weiterhin zu gewährleisten wird in § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der maßgebliche Anteil zur Berechnung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Im Jahr 2018 würde dies einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1 141,88 Euro und einem durchschnittlichen Mindestbeitrag von 171,28 Euro entsprechen.

Die bestehenden Regelungen zur abweichenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Härtefälle und Existenzgründer (60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, 1 522,50 Euro pro Monat) werden entbehrlich, da diese Konstellationen bereits von der neuen deutlich darunter liegenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige abgedeckt werden.

Die Umsetzung erfolgt zum 1. Januar 2019, um die Betroffenen zeitnah zu entlasten.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Der überproportionale Anstieg der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen (bei freiwillig Versicherten im Dezember 2017 insgesamt 6,3 Milliarden Euro; monatlich etwa 120 Millionen Euro mehr) in den letzten Jahren ist weitgehend auf das Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung und der Einstufung zum Höchstbeitrag als Rechtsfolge der Nichtmitwirkung der betroffenen Person bei der Feststellung ihrer tatsächlich beitragspflichtigen Einnahmen durch Vorlage von Einkommensnachweisen zurückzuführen. Zur Lösung wird vorgeschlagen, die Begründung einer freiwilligen Versicherung über die obligatorische Anschlussversicherung auf Fälle geklärten Aufenthalts zu beschränken, einen Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften zu schaffen, wenn Mitglieder unauffindbar sind, sowie flexiblere Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden sollen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler
Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen und einer erkennbar mangelnden Bereitschaft zahlreicher Krankenkassen, vorhandene Spielräume für Beitragssatzsenkungen im Sinne ihrer Versicherten zu nutzen, sind gesetzliche Maßnahmen nötig, die die Krankenkassen stärker als bisher veranlassen sollen, ihre Finanzreserven abzubauen und die Mitglieder über die Absenkung der Zusatzbeiträge zu entlasten. Dazu werden für die Finanzreserven der Krankenkassen und für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (analog zur gesetzlichen Rentenversicherung) gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und automatische Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung wieder zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden können. Die Abbaumechanismen greifen nach einer RSA-Reform ab dem Jahr 2020.

5. Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger
Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

6. Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung
Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.
Beitragsentlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:
Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden durch die Maßnahmen des Gesetzes mit einem Volumen von insgesamt etwa 8 Milliarden Euro jährlich entlastet. Davon entfallen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags rund 6,9 Milliarden Euro, auf die Entlastung der Selbstständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Milliarden Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen ab dem Jahr 2020 jährlich rund 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung).
Die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zu den Soldatinnen und Soldaten folgt aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 8 des Grundgesetzes.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften in der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn Mitglieder unauffindbar sind, die flexibleren Möglichkeiten der Beitragsfestsetzung bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen und die Bereinigung der Mitgliederbestände der Krankenkassen um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Das Gesetz zielt mit seinen beitragsrechtlichen Regelungen auf eine gemeinsame und gleichwertige Verantwortung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern für die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Form paritätischer Beiträge und auf eine Beitragsentlastung von Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern und Selbstständigen mit geringem Einkommen. Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung. Er entspricht insbesondere der Managementregel 10 der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, indem der soziale Zusammenhalt durch vorbeugende Maßnahmen gegen Armut und durch Beteiligung aller Bevölkerungsschichten an der wirtschaftlichen Entwicklung gestärkt wird.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetz finanzielle Auswirkungen für Länder und Kommunen verbunden.

Parität
Der Bund als Arbeitgeber wird durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 30 Millionen Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem ergeben sich Mehrausgaben im Rahmen des Zuschusses des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in Höhe von jährlich rund 6 Millionen Euro. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes und der neuen Länder für die Aufwendungen aus der Überführung der Ansprüche aus Zusatzversorgungssystemen werden im Jahr 2019 insgesamt rund 16 Millionen Euro (davon entfallen auf den Bund

6,8 Millionen Euro, auf die Länder 9,2 Millionen Euro) betragen. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes und der neuen Länder für die Aufwendungen der überführten und nicht überführten Versorgungsleistungen der Sonderversorgungssysteme der neuen Länder werden im Jahr 2019 insgesamt rund 9,5 Millionen Euro (davon entfallen auf den Bund rund 5,5 Millionen Euro, auf die Länder rund 4 Millionen Euro) betragen. Der Bund trägt gemäß § 215 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) das Defizit in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Durch die künftige paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes sind deshalb in der knappschaftlichen Rentenversicherung ab dem Jahr 2019 jährliche Mehrausgaben des Bundes in Höhe von etwa 40 Millionen Euro zu erwarten. Die Mehrausgaben des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz sowie bei der knappschaftlichen Rentenversicherung sind im Einzelplan 11 aufzufangen. Die Mehrbelastungen des Bundes aus den Erstattungen für Ansprüche aus Zusatzversorgungssystemen sind im Einzelplan 11 und aus den Erstattungen für Ansprüche aus Sonderversorgungssystemen im Einzelplan 60 aufzufangen.
Durch die Änderung der Beitragsbemessung bei Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte ergeben sich geringere Beitragseinnahmen. Dies führt beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu Mehrausgaben von weniger als 10 Millionen Euro jährlich, die im Einzelplan 10 aufzufangen sind. Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages führt zu einer Absenkung des Beitragssatzes der Mitglieder zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und zu Beitragsmindereinnahmen ab dem Jahr 2019 von jährlich mindestens 20 Millionen Euro. Daraus können ab dem Jahr 2020 im Rahmen der Risikoausgleichsleistungen des Bundes zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten Mehrbelastungen in dieser Höhe für den Bund entstehen.
Die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge führt durch die Beitragssatzsenkung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu einem geringeren Sonderausgabenabzugsvolumen und damit zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer. Gleichzeitig führt diese Maßnahme zu zusätzlichen Betriebsausgaben bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, die zu Steuermindereinnahmen in ähnlicher Größenordnung führen.
Die Länder und Kommunen als Arbeitgeber werden durch die Einbeziehung bei der Tragung der Zusatzbeiträge jährlich um rund 500 Millionen Euro belastet.
Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben über ihren Beitragsanteil zur Krankenversicherung der Rentner durch die paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge folgende Mehrbelastungen zu tragen.

Jahr	2019	2020	2021	2022
	in Milliarden Euro			
Belastung der allgemeinen Rentenversicherung	1,4	1,4	1,5	1,5
Belastung der knappschaftlichen Rentenversicherung	0,04	0,04	0,04	0,04

Der Bundesagentur für Arbeit entstehen für die Beitragszahlung keine Mehraufwendungen.
Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat das Gesetz keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

Selbstständige

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung durch geringere Beitragseinnahmen für Selbstständige im Jahr 2019 Mindereinnahmen in Höhe von etwa 800 Millionen Euro.
Der sozialen Pflegeversicherung entstehen dadurch, dass die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auch bei ihr erfolgt, Mindereinnahmen von etwa 135 Millionen Euro.
Die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige führt durch das verminderte Sonderausgabenabzugsvolumen zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer in einer Größenordnung von 100 Millionen Euro jährlich.

Finanzreserven

Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht ab 2020 über einen Zeitraum von drei Jahren Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Milliarden Euro. In Folge ergeben sich entsprechende Mindereinnahmen bei den Krankenkassen. Da einige Krankenkassen auch bei Abschaffung ihres Zusatzbeitrags einen längeren Zeitraum zum Abbau ihrer Reserven benötigen, dürfte es auch danach noch zu Beitragssenkungen kommen – allerdings in sehr deutlich reduziertem und nicht quantifizierbarem Umfang.

Beitragsschulden

Im Rahmen der Bereinigung von Mitgliedskonten von „ungeklärten passiven“ Mitgliedern sind auch deren Beitragsschulden zu bereinigen. Die Beitragsschuldenbereinigung bedeutet jedoch faktisch keine Mindereinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung, weil diese Beitragsschulden bei freiwilligen Mitgliedern, deren Aufenthalt seit Beginn der Mitgliedschaft unbekannt ist, die höchstwahrscheinlich nie Kenntnis von ihrer Mitgliedschaft erhalten, die nie bei der Klärung ihrer Beitragsfeststellung mitgewirkt und nie Beiträge gezahlt und Leistungen in Anspruch genommen haben, nicht beigetrieben werden können und daher rein fiktiver Natur sind.

Altersrückstellungen

Den Sozialversicherungsträgern entstehen keine neuen Haushaltsausgaben.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit

Nach dem Ende der Dienstzeit erhalten Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen einen Zuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen. Dieser wird anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet, wodurch dem Bund Mehrausgaben in Höhe von etwa 9,7 Millionen Euro jährlich entstehen.

4. Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Parität

Den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern entsteht im Rahmen der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen kein neuer Erfüllungsaufwand. Die einmaligen Umstellungskosten wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme werden als sehr gering eingeschätzt.

Die einmaligen Umstellungskosten, wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme, soweit sie im Einzelfall von der Verwaltung selber durchzuführen sind, werden als gering eingeschätzt. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst sind.

Selbstständige

Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlastet die Krankenkassen beim Verwaltungsaufwand. Die bisherige aufwändige Prüfung der Voraussetzungen für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfällt zukünftig. Bei etwa 200 000 Selbstständigen, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, entfällt für die Bearbeitung bei den Krankenkassen ein Verwaltungsaufwand von etwa 10 Minuten pro Fall. Daraus ergibt sich eine Verringerung der Verwaltungskosten im Umfang von etwa 1,6 Millionen Euro.

Darüber hinaus werden auch die Selbstständigen von Bürokratie entlastet, da die bisher erforderliche Antragstellung für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer zukünftig entfällt. Entlastet werden insofern mindestens 200 000 Selbstständige, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, von einem Zeitaufwand von etwa 27 Minuten und Sachkosten. Dementsprechend ist von einer Verringerung des Bürokratieaufwandes für Selbstständige im Umfang von rund 2,9 Millionen Euro auszugehen.

Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben eine Entlastung in Höhe von 2,9 Millionen Euro dar.

Finanzreserven

Der Abbau der Finanzreserven bei einigen Krankenkassen führt zu keinem messbaren Erfüllungsaufwand. Die anfallenden Aufgaben fallen unter die gewöhnliche Geschäftstätigkeit der Krankenkassen, wie etwa die Anpassung der Satzung aufgrund einer erforderlichen Senkung des Zusatzbeitragssatzes.

Beitragsschulden

Der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht im Rahmen der Bereinigung des Mitgliederbestands um „ungeklärte passive" Mitgliedschaften ein als relativ gering einzuschätzender Verwaltungsaufwand, da auf vorhandene Informationen in den IT-Systemen der Krankenkassen zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig werden die Krankenkassen von erheblichem Verwaltungsaufwand entlastet, der mit der Weiterführung dieser Mitgliedskonten verbunden wäre, wie zum Beispiel weiteren Ermittlungstätigkeiten zum Aufenthalt, gegebenenfalls Mahnschreiben und Zwangsvollstreckungsmaßnahmen. Für die Ermittlung und Bescheidung der von den Krankenkassen zurückzuzahlenden RSA-Zuweisungen für die aufgehobenen Mitgliedschaften entsteht dem Bundesversicherungsamt (BVA) geringfügiger Verwaltungsaufwand. Da die Prüfung der Bestandsbereinigung im Rahmen der Vor-Ort-Prüfungen der Versichertenzeiten nach § 42 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) durchgeführt werden soll, verursacht diese für die Prüfdienste des Bundes und der Länder ebenfalls nur geringen zusätzlichen Erfüllungsaufwand.

Altersrückstellungen

Den Sozialversicherungsträgern entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand. Schon bei den bisherigen Aktienanlagen muss ein entsprechendes Anlagerisikomanagement gewährleistet sein.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit

Insgesamt wird von einer Entlastung im Verwaltungsaufwand ausgegangen. Für die Festsetzung und Einpflege des neuen Beitragszuschusses in das Zahlungssystem entsteht ein Mehraufwand von etwa 90 000 Euro jährlich. Dagegen entfällt die Bearbeitung der Beihilfeanträge der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Angehörigen. Dies führt zu einer Entlastung in Höhe von etwa 305 000 Euro jährlich. Somit führt die Regelung zu einer Einsparung im Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 215 000 Euro jährlich.

5. Weitere Kosten

Parität

Die Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer bedeutet für die Wirtschaft eine Mehrbelastung ab dem Jahr 2019 von rund 4,9 Milliarden Euro jährlich.

Selbstständige

Die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung bedeutet eine Entlastung der selbstständig Berufstätigen ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 800 Millionen Euro jährlich.

Finanzreserven

Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen kann durch Senkung beziehungsweise Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber ab dem Jahr 2020 über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund 0,25 bis 0,5 Milliarden Euro führen.

Aus der veränderten Tragung der Beiträge ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen

Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.
Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.
Auswirkungen auf die demografische Entwicklung ergeben sich aus den im Gesetz vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen erfolgt nicht.
Die Übergangsregelung in § 323 SGB V, die eine einmalige Bereinigung der bestehenden freiwilligen Mitgliedschaften für den zurückliegenden Zeitraum zwischen August 2013 und dem Inkrafttreten des Gesetzes vorsieht, ist nicht befristet. Nach vollständiger Durchführung der Bestandsbereinigung ist die Aufhebung der Vorschrift zu prüfen.

B. Besonderer Teil

Anmerkung; Die Begründungen zu Artikel 1 und 2 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 3 bis 13 im Anhang wiedergegeben.

Anlage 1

Gesetzentwurf – Anmerkung: nicht wiedergegeben.

b) Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG
Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (NKR-Nr. 4459, BMG)

Anlage 2

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Keine Auswirkungen
Wirtschaft Erfüllungsaufwand: Jährliche **Entlastung** ausschließlich aus Informationspflichten Weitere Kosten: im Saldo	 -2,9 Mio. Euro 3,7 Mrd. Euro
Verwaltung Jährliche **Entlastung** ausschließlich aus Informationspflichten	 - 1,8 Mio. Euro
‚One in one out'-Regelung der Bundesregierung	Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein Out von 2,9 Mio. Euro dar.
Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand sowie die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Mit vorliegendem Gesetzentwurf sollen folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung
  Ab dem 1. Januar 2019 zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung auch den krankenkassenindividuelle Zusatzbeitrag paritätisch (in gleichen Teilen).
- Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige
  Hauptberufliche Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die jährlich angepasst wird. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage betrug bisher in 2018 2.284 Euro monatlich. Aufgrund der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt sind besonders Kleinunternehmer häufig nicht mehr in der Lage, den Mindestbeitrag zu leisten. Daher soll die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage

ab dem 1. Januar 2019 auf 1.142 Euro monatlich gesenkt werden. Bestehende abweichende Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für Härtefalle und Existenzgründer werden damit obsolet, da die künftig geltende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage diese Fälle bereits einschließt.

- Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden
  Nach Angaben des Ressorts stiegen bei den Krankenkassen in 2017 die Beitragsrückstände enorm an. Dies ist weitestgehend auf die obligatorische Anschlussversicherung (Versicherung setzt sich nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung als freiwillige Versicherung fort) und die Einstufung zum Höchstbeitrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung zurückzuführen. Mit folgenden Maßnahmen soll künftigen Beitragsschulden begegnet werden:
  - die freiwillige Versicherung über die OAV soll auf Fälle mit geklärtem Aufenthalt beschränkt werden,
  - für freiwillige Mitgliedschaften, bei denen die Mitglieder unauffindbar sind, sollen Beendigungstatbestände geschaffen werden (bestehende Fälle werden bereinigt) und
  - zur Einstufung des Höchstbeitrags wegen Nichtmitwirkung bei der Betragsfestsetzung sollen flexiblere Anpassungen ermöglicht werden.
- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler
  Künftig sollen für die Finanzreserven einzelner Krankenkassen aus Zusatzbeiträgen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds Höchstgrenzen vorgesehen und automatisierte Abbaumechanismen geschaffen werden. Dies soll stärker als bisher die Krankenkassen dazu veranlassen, überschüssige Finanzmittel der Gesundheitsversorgung zuzuführen und Zusatzbeiträge zu stabilisieren bzw. abzusenken.
- Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger
  Um einen Gleichlauf mit dem Versorgungsgesetz des Bundes zu erzielen, wird der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau von 10 auf 12 (Anmerkung: richtig 20) Prozent erhöht.
- Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung
  Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.

II.1 Erfüllungsaufwand

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Wirtschaft

Die Wirtschaft wird um jährlich rund 2,9 Mio. Euro entlastet.
Diese ergibt sich für rund 200.000 selbstständige Berufstätige, die aufgrund des Wegfalls der Härtefallregelung und der Sonderregelung für Existenzgründer künftig keinen entsprechenden Antrag mehr stellen müssen (-27 Min. je Fall, 32,20 Euro/h).
Die Umstellung der Abrechnungssysteme aufgrund der paritätischen Zusatzbeitragsberechnung dürfte nur geringfügige Auswirkungen haben.

Verwaltung

Die Verwaltung (Gesetzliche Krankenversicherung) wird ebenfalls aufgrund des Wegfalls der Härtefallregelung und der Sonderregelung für Existenzgründer um 1,6 Mio. Euro (-10 Min. je Fall, 36,00 Euro/h) entlastet.
Zudem wird das Bundesverwaltungsamt (BVA) aufgrund der Festsetzung und Einpflege des neuen Beitragszuschusses (anstelle der bisherigen Beihilfe) mit jährlichem Mehraufwand von 90.000 Euro belastet. Dagegen entfallen rund 305.000 Euro aufgrund des Wegfalls der Bearbeitung für die Beihilfeanträge von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Angehörigen. Im Saldo wird das BVA demnach um geschätzte 215.000 Euro entlastet.
Soldatinnen und Soldaten auf Zeit dürften ebenfalls aufgrund des Wegfalls der Beihilfeanträge in diesem Zusammenhang entlastet werden, wenn sie sich für den Eintritt in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung entscheiden. Der Eintritt ist dem BVA anzuzeigen.
Die Maßnahmen zur Reduzierung der Beitragsschulden dürften nur geringfügige Auswirkungen auf die Verwaltung haben.
Insgesamt wird die Verwaltung um rund 1,8 Mio. Euro entlastet.

II.2 Weitere Kosten

Insgesamt werden die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arbeitnehmer, selbstständig Beschäftigte (Wirtschaft), Rentnerinnen und Rentner) im Saldo um -8,3 Mrd. Euro im Jahr entlastet.

Die Entlastung verteilt sich wie folgt:

Paritätische Finanzierung	-6,9 Mrd. Euro
Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige	-0,8 Mrd. Euro
Mögliche Beitragssenkung durch den teilweise Abbau der Finanzreserven aus Zusatzbeiträgen in den Jahren 2019 – 2021	-0,6 Mrd. Euro

Im Gegenzug wird die Wirtschaft als Arbeitgeber aufgrund der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages mit 4,9 Mrd. Euro belastet. Wie der obigen Übersicht entnommen werden kann, werden selbstständig Beschäftigte durch die

Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage um 0,8 Mrd. Euro sowie durch eine mögliche Beitragssenkung im Zusammenhang mit einem Abbau der Finanzreserven aus Zusatzbeiträgen bei einzelnen Krankenkassen um 0,4 Mrd. Euro entlastet. Daher wird der Normadressat Wirtschaft im Saldo insgesamt mit 3,7 Mrd. Euro im Jahr durch weitere Kosten belastet.
Für den übrigen Betrag der paritätischen Finanzierung kommen der Bund (0,03 Mrd. Euro), die Länder und Kommunen (0,5 Mrd. Euro) in ihrer Funktion als Arbeitgeber sowie Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (1,4 Mrd. Euro) auf.
III. Ergebnis
Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand sowie die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

c) Stellungnahme des Bundesrates

Anlage 3
Der Bundesrat hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a** (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V)
   In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a ist § 260 Absatz 2 wie folgt zu ändern:
   a) In Satz 1 ist das Wort „Einfache“ durch das Wort „Eineinhalbfache“ zu ersetzen.
   b) In Satz 2 ist die Angabe „50 000“ durch die Angabe „100 000“ zu ersetzen.
   Begründung:
   Eine Höchstgrenze in Höhe der bisherigen Soll-Vorgabe des Eineinhalbfachen einer Monatsausgabe ist ausreichend und zielführend. Indem die bisherige Soll-Vorschrift über die Höchstgrenze der Betriebsmittel in eine obligatorische Höchstgrenze umgewandelt wird, ist bereits der Bildung unangemessener Rücklagen wirksam vorgebeugt. Da der heute schon geltende Rahmen eingehalten werden würde, wäre etwaige Kritik der Krankenkassen im Hinblick auf politische Eingriffe in die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung unbegründet. Das Potenzial an abzubauenden Finanzreserven ist auch bei Kassen mit mehr als Eineinhalbfacher Monatsreserve immer noch deutlich vorhanden.
   Darüber hinaus sollte die Ausnahme für Krankenkassen mit bis zu 50 000 Mitgliedern auf Krankenkassen mit bis zu 100 000 Mitgliedern erweitert werden. Nur so sind diese Krankenkassen ausreichend gegen Hochkostenfälle abgesichert, solange ein Hochrisiko-Pool im Sinne des § 269 SGB V a.F. nicht mehr Gegenstand der GKV-Finanzsystematik ist.
2. **Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b** (§ 260 Absatz 2a Satz 1 SGB V)
   In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b sind in § 260 Absatz 2a Satz 1 die Wörter „durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ zu streichen.
   Begründung:
   Nach der Neuregelung ist eine Absenkung der Betriebsmittel zwingend durch Senkung des Zusatzbeitrages herbeizuführen. In vielen Fällen würden Krankenkassen, die bereits einen defizitären Haushalt haben, die Absenkung ihrer Betriebsmittel auch durch Beibehaltung des gegenwärtig erhobenen Zusatzbeitrages erreichen. Ein Zwang zur Senkung des Zusatzbeitrages würde die Abschmelzung des Überschusses zwar beschleunigen, aber anschließend zu einer umso stärkeren Erhöhung des Zusatzbeitrages zwingen. Dies widerspräche dem Grundsatz der Beitragsstabilität und würde unter anderem wegen zu erwartender verstärkter Mitgliedschaftskündigungen zu Wettbewerbsnachteilen führen.
3. **Zu Artikel 1 Nummer 12** (§ 323 Absatz 1 bis 5 SGB V)
   In Artikel 1 Nummer 12 ist § 323 wie folgt zu ändern:
   a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:
      „(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand ab … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] nach Maßgabe des Absatzes 2 bis zum 15. Juni 2019 zu überprüfen und zu bereinigen. § 76 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch findet Anwendung.“
   b) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:
      „(2) Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 a.F. begründet wurden, sind aufzuheben, wenn die Krankenkasse seit ihrer Begründung keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.“
   c) Absatz 3 bis Absatz 5 sind zu streichen.
   Begründung:
   Die mit der Bestandsbereinigung sogenannter „ungeklärter passiver Mitgliedschaften“ verbundene Zielsetzung der Reduzierung von Beitragsschulden führt zur Entlastung betroffener Mitglieder und ist zu begrüßen. Vor dem Hintergrund des Rückwirkungsverbots und den bei der rückwirkenden Beendigung durch die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 a.F. SGB V zu beachtenden gesetzlichen Regelungen für eine Rücknahme (§§ 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch), einen Widerruf (§§ 46 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) oder eine Aufhebung (§ 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) kommt hierfür allein die Bereinigung mit Wirkung für die Zukunft in Betracht. Insofern können die Regelungen der §§ 44 ff SGB X, als Rechtsgrundlage herangezogen werden. Die Bereinigung betrifft ausschließlich diejenigen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung zustande kamen, bei denen die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.
   Da für die insoweit passiv geführten Mitgliedschaften gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 SGB V aufgrund fehlender

Mitwirkung Höchstbeiträge festzusetzen waren, sind Beitragsschulden in erheblichem Umfang entstanden, deren Beitreibung fruchtlos blieb. Diese Beitragsschulden können im Zuge der Bereinigung der Mitgliedschaften nach Absatz 1 und 2 unter der Maßgabe des § 76 Absatz 2 Satz 1 Ziffer 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erlassen werden. Die Fortsetzung ihrer Beitreibung wäre vor dem Hintergrund, dass die Krankenkasse keinerlei Kontakt zu den Versicherten herstellen konnte, es sich eher um Beitragsschulden fiktiver Natur handelt und ihre Beitreibung auch im Weiteren erfolglos sein dürfte, unbillig.

Da keine rückwirkende Aufhebung von Versicherungsverhältnissen vorgenommen werden soll, entfällt die Notwendigkeit, aufwändige Fragen der Datenmeldung und Rückabwicklung der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich für die Vergangenheit zu regeln.

Mit der Änderung wird eine bundeseinheitliche Rechtsanwendung gewährleistet.

4. Zu Artikel 2 Nummer 2a – neu – (§ 105 Absatz 1b – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

‚2a. In § 105 wird nach Absatz 1a folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztliche Vereinigung oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam oder einzeln zur Finanzierung von weiteren Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, den Strukturfonds nach Absatz 1a jeweils um weitere bis zu 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufstocken. Über die Verwendung des aufgestockten Strukturfonds entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die eine Mittelaufstockung vorgenommen haben.“‘

Begründung:

Mit dem aufgestockten Strukturfonds soll den Vertragspartnern (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam oder auch einzeln auf freiwilliger Basis ein größerer Handlungsspielraum gegeben werden, die Versorgung regionaler und flexibler nachhaltig zu sichern.

Mit der Änderung soll es möglich sein, dass die Vertragspartner (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und die Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängig von gegenseitigen Verpflichtungen Mittel in den Strukturfonds einzahlen können.

Über die zweckgebundene Mittelverwendung entscheiden dann die Vertragspartner, die eine Aufstockung des Strukturfonds vorgenommen haben.

5. Zu Artikel 2 Nummer 2b – neu – (§ 105 Absatz 1c – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2a – neu – folgende Nummer 2b einzufügen:

‚2b. In § 105 wird nach dem neuen Absatz 1b folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Mittel des Strukturfonds nach Absatz 1b können insbesondere zur Finanzierung der Förderungen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (auch für die ambulanten Abschnitte der fachärztlichen Weiterbildung), zur Finanzierung der Förderung von Weiterbildungsverbünden, für Möglichkeiten der gezielten Nachwuchsförderung oder zur Förderung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin in Modellstudiengängen eingesetzt werden.“ ‘

Begründung:

Mit den in § 105 Absatz 1b – neu – SGB V freiwillig aufgestockten Strukturfondsmitteln soll es den Vertragspartnern (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam oder einzeln, mit der nicht abschließenden Aufzählung in § 105 Absatz 1c SGB V ermöglicht werden, explizit die dort genannten Maßnahmen durch eine Förderung zu unterstützen.

Die Regelung ist erforderlich, weil die dort aufgezählten Maßnahmen eine große Bedeutung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, haben und es der Selbstverwaltung bisher verwehrt ist, sich an diesen Sicherstellungsmaßnahmen zugunsten einer zukunftsfesten medizinischen (hausärztlichen) Versorgung ihrer Versicherten zu beteiligen.

Auf Grund der großen Bedeutung der Maßnahmen für die vertragsärztliche Versorgung sind die Neuregelungen in § 105 SGB V und den Strukturfondsmittel richtig verortet.

6. Zu Artikel 2 Nummer 2c – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 3 – neu – bis Satz 7 – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2b – neu – folgende Nummer 2c einzufügen:

‚2c. Dem § 135b Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen nach Satz 2 kann entfallen, insbesondere um in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen hat, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Regelungen sind kassenindividuell als Anlagen zum Gesamtvertrag zu vereinbaren. Die Landesausschüsse nach §§ 90, 90a können Stellungnahmen dazu abgeben. Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. § 89 findet keine Anwendung.“ ‘

Begründung:

Grundsätzlich ist es möglich, in Gebieten mit Unterversorgung und drohender Unterversorgung gesamtvertragliche Vereinbarungen zu schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten.

Mit der Änderung soll es zudem ermöglicht werden, von der in diesem Zusammenhang notwendigen Budgetberei-

nigung Abstand zu nehmen. Die Mehrleistungen müssen nicht mehr durch einen Abschlag auf die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, kompensiert werden.

Damit soll ein Anreiz für die zusätzliche medizinische Versorgung in unterversorgten beziehungsweise drohend unterversorgten Gebieten geschaffen werden.

7. Zu Artikel 2 Nummer 2d – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2c – neu – folgende Nummer 2d einzufügen:

‚2d. Nach § 135c wird folgender neuer § 135d eingefügt:

„§ 135d

Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die ergänzende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

(2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

(4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden oder von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach Absatz 1 in Anspruch nehmenden Versicherten sowie dem in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalt zu bereinigen; die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 Krankenhausentgeltgesetz bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Regelung stellt die Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Vertragspartner nach § 72 SGB V im Rahmen der Regelversorgung für ergänzende Verträge klar. Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Beispielsweise nach Ende von Modellvorhaben (zum Beispiel wegen Erreichens der maximalen Laufzeit von acht Jahren) hat sich gezeigt, dass – wenn diese Leistung für die Einführung in die Regelversorgung prädestiniert ist, das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss aber noch durchzuführen ist – keine Anschlussregelungen möglich sind. Um hier einen lückenlosen Übergang eines erfolgreichen Modells in die Regelversorgung zu gewährleisten, sind vertragliche Regelungen erforderlich, die es den bisherigen Vertragspartnern ermöglichen, bis zur endgültigen Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses und Bewertung der Leistung diese vorübergehend weiter anbieten zu können, um einen Bruch und eine Kostenerstattung wegen Systemversagens in der Versorgung zu vermeiden.

Im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über den § 87a SGB V hinaus mit dem § 135b Absatz 4 SGB V weitere gesamtvertragliche Gestaltungsräume ermöglicht. Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, wird diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht, sodass die Gegenfinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, weil keine Ärzte mehr Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Diese Vorschrift ist deshalb bisher nirgends zur Anwendung gekommen und für den intendierten Zweck daher nicht alternativ nutzbar.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Die Neufassung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die mit Modell- oder Selektivverträgen einhergehenden Vorlaufzeiten und Aufwände erforderlich sind. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes und der technischen Möglichkeiten anzubieten.

Des Weiteren sind davon auch Leistungen betroffen, die nur einmalig für den Versicherten zur Abrechnung gelangen können, wie zum Beispiel die erweiterten Kinderuntersuchungen U10, U11 und J2. Weitere Fallgestaltungen können sich zum Beispiel aus einer umfassenderen Bereitstellung von Telemedizin, Gesundheits-Apps, im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Leistungen oder im Zusammenhang mit fachärztlichen Videokonsilen ergeben.

Dabei werden die für den stationären Sektor geltenden Qualitätsbestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Grundsätze der dualen Finanzierung und die in der Verantwortung der Länder liegenden krankenhausplanerischen Festlegungen durch die Verträge nach § 135d SGB V nicht berührt.

8. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 240 Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und inwieweit dem Artikel 2 Nummer 3 GKV-VEG entsprechende entlastende Regelungen auch für privat krankenversicherte Selbständige geschaffen werden können.

Begründung:

Eine dem Artikel 2 Nummer 3 GKV-VEG entsprechende Regelung in der privaten Krankenversicherung wäre systematisch geboten und sinnvoll. Selbständige sind systematisch der privaten Krankenversicherung zuzuordnen, da sie gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 SGB V nicht versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder 5 bis 12 SGB V sind. Daher gilt es zu verhindern, dass prinzipiell der PKV zuzuordnende Personenkreise zunehmend der GKV zugeführt werden, weil sie dort vergünstigte Beitragsbedingungen vorfinden. Gleichzeitig ist es aber aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit geboten, auch den in der privaten Krankenversicherung versicherten Selbständigen mit geringem Einkommen entsprechende Erleichterungen zukommen zu lassen.

9. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung die Bitte der Gesundheitsministerkonferenz aus diesem Jahr bisher nicht aufgegriffen hat, unter Berücksichtigung der Ergebnisse des vorliegenden Gutachtens die Beiträge des Bundes an die Gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II umgehend durch eine entsprechende gesetzliche Änderung stufenweise anzuheben, um die festgestellte Finanzierungslücke zu schließen.

Der Bundesrat stellt fest, dass es damit zu einer systematischen Unterdeckung der Leistungsausgaben für diesen Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt, die zu Lasten der Solidargemeinschaft geht. Eine ursachengerechte Anhebung würde stattdessen zu einer Entlastung der Versicherten führen und damit auch der Intention des GKV-VEG entsprechen. Nach Inkrafttreten des GKV-VEG würden auch die Arbeitgeber hiervon profitieren.

Auch der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien im Bund sieht ausdrücklich eine schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln

vor. Angesichts der guten wirtschaftlichen Lage und der hohen Steuerzuschüsse hält der Bundesrat es aktuell für möglich, einen ersten Schritt zur Anhebung der Beiträge vorzunehmen. Andernfalls ist zu befürchten, dass die Unterdeckung längerfristig bestehen bleibt.

Der Bundesrat bittet daher, das laufende Gesetzgebungsverfahren für einen Einstieg in ausgabendeckende GKV-Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu nutzen.

d) Gegenäußerung der Bundesregierung vom 26. September 2018 (Drucksache 19/4552)

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

1. **Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a** (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab.
   a) Durch eine Anhebung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen vom Einfachen auf das Eineinhalbfache einer Monatsausgabe würde sich die Zahl der entlasteten Mitglieder halbieren und würde sich der Umfang an abzuschmelzenden Finanzreserven von etwa 4,5 Milliarden Euro um mehr als zwei Drittel reduzieren.
      Die aktuell noch geltende Obergrenze für Betriebsmittelreserve und Rücklagen in Höhe des Eineinhalbfachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe resultiert aus einer Zeit, in der die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist jedoch das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen.
      Die derzeitige Obergrenze für die Finanzreserven von eineinhalb Monatsausgaben entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf der Krankenkassen, um ihre Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Aufgrund des Entfallens des Einnahmerisikos wäre auch eine Halbierung der bisherigen Obergrenze auf 0,75 Prozentpunkte möglich. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung der Obergrenze das Einfache einer Monatsausgabe ist daher als moderat zu bezeichnen und bietet den Kassen ausreichend Planungs- und Kalkulationssicherheit.
   b) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung zum Abbau der Finanzreserven für Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern ist ausreichend, um kleinere Krankenkassen vor unterjährigen Ausgabenrisiken zu schützen. Von der gesetzlichen Regelung sind lediglich Krankenkassen betroffen, die das Vierfache der Mindestrücklage überschreiten. Krankenkassen mit mehr als 50 000 Mitgliedern verfügen über ausreichend hohe Rücklagen, um Hochkostenfälle aufzufangen. Darüber hinaus bestehen nach § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Möglichkeiten für Finanzhilfen zwischen den Krankenkassen einer Kassenart zum Ausgleich aufwendiger Leistungsfälle, von denen auch Gebrauch gemacht wird.
2. **Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b** (§ 260 Absatz 2a Satz 1 SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Streichung würde dazu führen, dass die Vorgaben zum Abbau der Reserven weniger strikt befolgt werden. Nur durch Absenkung der Zusatzbeiträge können die überschüssigen Reserven effektiv abgebaut werden.
   Ein Unterschreiten der Obergrenze ohne Absenkung des Zusatzbeitragssatzes wäre grundsätzlich nur für wenige Krankenkassen vorstellbar, deren Finanzreserven knapp oberhalb der Obergrenze liegen. Da diese Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz jedoch lediglich um 0,1 Prozentpunkte absenken müssten, um die Obergrenze wieder einzuhalten, gehen von der bestehenden Regelung keine relevanten Auswirkungen auf Zusatzbeiträge und Mitgliederbewegungen aus. Für die Streichung der Wörter „durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ besteht daher keine Notwendigkeit.
3. **Zu Artikel 1 Nummer 12** (§ 323 Absatz 1 bis 5 SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wird eine verfassungsrechtlich unbedenkliche und verwaltungseffiziente (gegenüber den gesetzlichen Regelungen des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch zu Rücknahme und Widerruf rechtlich speziellere) Bereinigungsregelung auch für zurückliegende Zeiträume geschaffen. Diese trägt dem Umstand Rechnung, dass schutzwürdige Interessen der Krankenkassenmitglieder an einer Fortführung der Mitgliedschaft bei „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften gerade nicht bestehen. Das Ziel der Regelung ist es, die mit diesen Mitgliedschaften verbundenen Beitragsschulden effektiv zu bereinigen. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Bereinigung nach für alle Krankenkassen klar abgrenzbaren einheitlichen und praktikablen Kriterien erfolgt.
   Die Rückzahlung der für die betroffenen Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch die Krankenkassen, die der Regierungsentwurf vorsieht, ist die zwingende Folge der rückwirkenden Bereinigung des Mitgliederbestandes und trifft ebenfalls auf keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Abgesehen davon, dass sich Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht auf einen grundrechtlich begründeten Vertrauensschutz für den Behalt von Zuweisungen für bereinigte Mitgliedschaften berufen können, ist die Korrektur der Zuweisungen auch für die Vergangenheit aus Gründen des fairen Kassenwettbewerbs erforderlich.
4. **Zu Artikel 2 Nummer 2a – neu –** (§ 105 Absatz 1b – neu– SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Änderungen der die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen

betreffenden Regelungen in § 105 SGB V sind bereits Gegenstand einer anderen Gesetzesinitiative der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Dort sind unter anderem Änderungen im Hinblick auf die Höhe der einzusetzenden finanziellen Mittel und hinsichtlich der Verwendungszwecke der Mittel des Strukturfonds vorgesehen. Änderungen des § 105 SGB V sollten wegen des Sachzusammenhangs einheitlich im Rahmen der Gesetzesinitiative zum Entwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes vorgenommen werden.

5. **Zu Artikel 2 Nummer 2b – neu –** (§ 105 Absatz 1 c – neu – SGB V)
   Auf die Begründung zu Nummer 4 wird verwiesen.
6. **Zu Artikel 2 Nummer 2c – neu –** (§ 135b Absatz 4 Satz 3 bis 7 – neu – SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. § 135b Absatz 4 SGB V entspricht in seiner jetzigen Fassung dem im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens zum GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom Bundesrat vorgelegten Antrag zum damaligen § 136 SGB V (jetzt § 135b SGB V). Der Antrag wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) durch Anfügung des damaligen § 136 Absatz 4 SGB V (jetzt § 135b Absatz 4 SGB V) umgesetzt. Die Regelung ist seit dem 1. Juli 2008 in Kraft und ermöglicht es jeder Kassenärztlichen Vereinigung für ihren Bezirk mit einzelnen Krankenkassen für bestimmte Leistungen Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsoffensiven fortzuführen oder weiterzuentwickeln. Hierfür können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen Vergütungsvereinbarungen schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können. Die Kostenneutralität der Förderung der Qualitätsprogramme ist durch die obligatorische Ausgleichsregelung sichergestellt. Eine effektive Qualitätssteuerung bedarf solcher ökonomischer Anreize. Ein Verzicht auf die Ausgleichsregelung schränkt die Effektivität der Qualitätsförderung ein und ist zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich. Sicherstellungsinteressen werden dagegen mit der Regelung des § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V verfolgt. Danach können zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende ärztliche Unterversorgung festgestellt hat oder festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen zusammen mit den Ersatzkassen, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e SGB V vereinbaren. Derartige Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern müssen nicht durch Abschläge ausgeglichen werden.
7. **Zu Artikel 2 Nummer 2d – neu –** (§ 135d – neu – SGB V)
   Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, da für die Regelung kein Regelungsbedarf besteht. Der geltende § 140a SGB V gibt den Krankenkassen weitgehende Möglichkeiten, kassenindividuelle Einzelverträge mit Leistungserbringern zu schließen. Der Regelungsvorschlag unterscheidet sich vom Wortlaut her im Wesentlichen nur durch einen Verzicht auf die Verpflichtung zur Teilnahmeerklärung der nach diesen Verträgen versorgten Versicherten und deren Widerrufsrecht. Hierauf kann jedoch aus Gründen des Versichertenschutzes nicht verzichtet werden.
8. **Zu Artikel 2 Nummer 3** (§ 240 Absatz 4 SGB V)
   Aus der Prüfbitte ergibt sich kein gesetzlicher Änderungsbedarf. Durch die in § 240 Absatz 4 SGB V vorgesehene Regelung sollen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige entlastet werden, indem die Mindestbemessungsgrundlage nahezu halbiert wird und gesetzlich versicherte Selbstständige mit einem geringen Einkommen weniger Beiträge leisten müssen. Dieser Ansatz lässt sich nicht auf die in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherten Selbstständigen übertragen. Die Versicherungsprämien in der PKV bemessen sich für alle Versicherten ausschließlich nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Krankheitsrisiko. Das jeweilige Einkommen hat hingegen keinen Einfluss auf die Beitragshöhe. Insofern gibt es keinen Bedarf für besondere Beitragsbemessungsregelungen für Selbstständige mit einem niedrigen Einkommen. Sie können, wie alle anderen Versicherten auch, die Beitragsbelastung in erster Linie über den vereinbarten Leistungsumfang beeinflussen. Zudem wird durch die verschiedenen Sozialtarife in der PKV (Basistarif, Standardtarif, Notlagentarif) sichergestellt, dass kein Versicherter durch die Prämien finanziell überfordert wird. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Selbstständige in der Regel die Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder einer Absicherung in der privaten Krankenversicherung haben. Diese Entscheidung hat weitreichende Implikationen und sollte von den Betroffenen unter Abwägung aller Faktoren getroffen werden, zu denen auch die aktuelle Beitragsbelastung gehört.
9. **Zum Gesetzentwurf allgemein (kostendeckende GKV-Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II):**
   Im dem zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 ist die Finanzierung der schrittweisen Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln vereinbart. Diese Maßnahme fällt lt. Koalitionsvertrag nicht unter die prioritären Ausgaben. Danach können weitere Maßnahmen, auf die sich die Koalition einigt, finanziert werden, wenn sich zusätzliche finanzielle Spielräume ergeben oder eine entsprechende unmittelbare, vollständige und dauerhafte Gegenfinanzierung sichergestellt ist.

e) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 17. Oktober 2018 (Drucksache 19/5112)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4454, 19/4552 –
Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG
b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Jürgen Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/4538 –
Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln
c) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/4320 –
Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige
d) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/102 –
Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten
e) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthais W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4244 –
Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019

A. Problem

Zu Buchstabe a

Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten nach Darstellung der Bundesregierung erhebliche finanzielle Rücklagen aufbauen. Damit bestehe das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf ziele darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch könne eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden.

Zu Buchstabe b

Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 haben CDU, CSU und SPD nach Angaben der Antragsteller als Absicht festgeschrieben, dass schrittweise kostendeckende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) eingeführt und aus Steuermitteln finanziert werden sollten. Dieses Vorhaben dulde keinen Aufschub. Die Deckungslücke für die Leistungsausgaben für ALG II-Empfänger bei der GKV sei mehrere Milliarden Euro groß. Im Jahr 2016 seien für alleinige ALG II-Bezieher ca. 4 Milliarden Euro vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlt worden. Die Ausgaben der GKV für diese Gruppe hätten aber ca. 12,7 Milliarden Euro betragen, die Unterdeckung somit ca. 8,7 Milliarden Euro.

Zu Buchstabe c

Selbstständige sind ein wichtiger Bestandteil einer vielfältigen, innovativen und leistungsstarken Wirtschaft, so die FDP-Fraktion. Deshalb gelte es, Selbstständige und insbesondere Gründerinnen und Gründer politisch zu unterstützen. Die Regelung zur Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillig versicherte Selbstständige mit niedrigen Einkommen erfülle diesen Zweck nicht.

Zu Buchstabe d

Etwa 6 Millionen Menschen, also knapp 11 Prozent der Beitragszahlenden, sind nach Angaben der Fraktion DIE LINKE. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Für diese Gruppe gebe es die Sonderregelung des Mindestbeitrags. Bei Selbstständigen werde grundsätzlich angenommen, dass sie ein fiktives Einkommen in Höhe von 4 425 Euro im Monat hätten, auf das dann unabhängig vom meist geringeren tatsächlichen Einkommen Beiträge erhoben würden. Hunderttausende Selbstständige hätten aber tatsächlich ein deutlich geringeres Einkommen, genauso wie zum Beispiel Rentnerinnen und Rentner, die nicht die Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner erfüllten, oder Studierende über 29 Jahre oder nach dem 14. Fachsemester. ImErgebnis zahlten wegen der Mindestbeiträge viele Versicherte höhere Beiträge als dies ihrem Einkommen entspreche.

Zu Buchstabe e

Die Maßnahmen des Versichertenentlastungsgesetzes bleiben nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. weit hinter dem zurück, was schnell und unkompliziert geregelt werden könnte, um Ungerechtigkeiten zu beseitigen sowie die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Es seien daher rasch weitergehende Maßnahmen nötig, die einerseits das Versichertenentlastungsgesetz ergänzten und andererseits eine weitere Entwicklungsperspektive aufzeigen könnten.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Ab dem 1. Januar 2019 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen werden. Der bisherige Zusatzbeitrag soll paritätisch finanziert werden. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige soll so geändert werden, dass sie im Jahr 2018 monatlich 1 141,88 Euro (anstatt derzeit 2 283,75 Euro) entsprechen würde. Dies würde einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171,28 Euro bedeuten. Außerdem sollen zur Reduzierung von Beitragsschulden Maßnahmen ergriffen und zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler Finanzreserven abgeschmolzen werden. Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen zudem vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vereinbarte schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur GKV für ALG II-Bezieher soll umgesetzt und eine Unterdeckung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für ALG II-Empfänger vom Bund innerhalb der nächsten zehn Jahre vollständig ausgeglichen werden.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4538 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich selbstständig Tätige soll nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die Geringfügigkeitsgrenze (in Höhe von derzeit 450 Euro) abgesenkt und die Beiträge hauptberuflich Selbstständiger für die gesetzliche Krankenkasse anhand des tatsächlichen Einkommens bemessen werden. Außerdem sollen die Einkünfte jährlich rückwirkend anhand der Einkommensteuerbescheide nachzuweisen sein.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4320 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE.

Zu Buchstabe d

Die Mindestbeitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die allgemeine Mindestbeitragsbemessung für freiwillig Versicherte nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen auf die Geringfügigkeitsgrenze (derzeit 450 Euro) abgesenkt werden. Bei höheren Einkommen sollen einkommensabhängige Beiträge gelten. Außerdem sollen alle Beitragsschulden erlassen werden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen nach § 240 Absatz 4 SGB V bis zu dieser Neuregelung entstanden seien.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/102 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP.

Zu Buchstabe e

Die Zusatzbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollen nicht nur paritätisch finanziert, sondern abgeschafft werden. Hohe Rücklagen bei Krankenkassen sollen nicht zur Beitragssenkung bei den betroffenen Kassen genutzt werden, sondern Leistungsverbesserungen damit finanziert werden. Außerdem sollen Zuzahlungen abgeschafft und der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung um gesundheitlich notwendige, aber bislang von den Versicherten getragene Leistungen wie zum Beispiel Zahnersatz und Sehhilfen erweitert werden.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4244 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4554, 19/4552.

Zu Buchstaben b bis e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

E. Erfüllungsaufwand

F. Weitere Kosten

Anmerkung: nicht wiedergegeben (siehe Begründungen zum Gesetzentwurf).

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der aus der nachfolgenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen; (Anmerkung: im SGB V-Handbuch eingearbeitet)
b) den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen;
c) den Antrag auf Drucksache 19/4320 abzulehnen;
d) den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen;
e) den Antrag auf Drucksache 19/4244 abzulehnen.

Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Bärbel Bas, Dr. Axel Gehrke, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/4454** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Verteidigungsausschuss überwiesen sowie an den Haushaltsausschuss zur Mitberatung überwiesen und ihn nach § 96 der Geschäftsordnung beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/4538** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 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 Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu den Buchstaben c und e

Der Deutsche Bundestag hat die Anträge auf den **Drucksachen 19/4320 und 19/4244** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/102** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 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 Digitale Agenda überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet nach Darstellung der Bundesregierung eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität seien auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickelten sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit bestehe das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf ziele darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt worden seien, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch könne eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden. Außerdem solle die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollten sich nach Ende ihrer Dienstzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Ab dem 1. Januar 2019 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen werden. Der bisherige Zusatzbeitrag soll paritätisch finanziert werden.

Selbstständige zahlten ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die anhand der monatlichen Bezugsgröße jährlich angepasst werde. Die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags entspreche dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Da viele Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer damit finanziell überfordert seien, werde die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße halbiert. Das würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1 141,88 Euro (anstatt 2 283,75 Euro) entsprechen, was einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171,28 Euro bedeuten würde.

Der in den letzten Jahren überproportionale statistische Anstieg der Beitragsschulden bei den Krankenkassen sei weitgehend auf Fälle ungeklärter Mitgliedschaften zurückzuführen. Daher werde ein Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften geschaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt sei, sowie flexiblere Möglichkeiten für die Beitragsfestsetzung bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen vorgesehen. Zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden sollen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen.

Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden. Es gebe keinen Grund, von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern, also von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Mitgliedern, hohe Zusatzbeiträge zu verlangen, wenn die Rücklagen einer Krankenkasse die notwendigen Höchstreserven überstiegen. Deshalb würden für die Finanzreserven gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden könnten. Die Abbaumechanismen sollen nach einer Reform des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2020 greifen.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden den Angaben zufolge durch die Maßnahmen des Gesetzes mit einem Volumen von insgesamt etwa 8 Milliarden Euro jährlich entlastet. Davon entfielen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags rund 6,9 Milliarden Euro, auf die Entlastung der Selbstständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Milliarden Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen ab dem Jahr 2020 jährlich rund 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro.
Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)**, erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf, da das Ressort den aus diesem Regelungsvorhaben resultierenden Erfüllungsaufwand nachvollziehbar und plausibel dargestellt habe.
Der **Bundesrat** hat in seiner Stellungnahme mehrere Änderungen des Gesetzentwurfs vorgeschlagen, insbesondere die Erhöhung der vorgesehenen Höchstgrenze für Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen und eine Ausweitung der Ausnahmen für kleinere gesetzliche Krankenkassen, den Verzicht auf den Zwang zur Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags bei überschüssigen Finanzreserven, den Verzicht auf eine Bereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften und auf eine Rückabwicklung der Zuweisungen an die Krankenkassen für die Vergangenheit.
Darüber hinaus beziehen sich die Forderungen des Bundesrates auf andere, im Gesetzentwurf bisher nicht enthaltene Regelungsgegenstände, wie Maßnahmen für privat krankenversicherte Selbständige, die Aufstockung der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Schaffung finanzieller Anreize für zusätzliche Versorgungsangebote in ärztlich unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten, die Ermöglichung von selektivvertraglichen Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die stufenweise Anhebung der Beiträge des Bundes an den Gesundheitsfonds für Empfänger von Arbeitslosengeld II.
Die Vorschläge des Bundesrates zum Gesetzentwurf sind aus Sicht der **Bundesregierung** abzulehnen. Das betrifft insbesondere die Forderungen nach einer Lockerung der Regelungen zum Abbau übermäßiger Finanzreserven und einem Verzicht auf die Bereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften samt Rückabwicklung der darauf erfolgten Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Im Übrigen verweist die Gegenäußerung der Bundesregierung hinsichtlich der anderen, bisher im Gesetzentwurf nicht enthaltenen Regelungsgegenstände auf die Gesetzesinitiative der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) und auf die Vereinbarungen des Koalitionsvertrages (Drucksache 19/4552).
Zu Buchstabe b
Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 haben CDU, CSU und SPD nach Darstellung der Antragsteller als Absicht festgeschrieben „Wir wollen die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanzieren.“ Dieses Vorhaben dulde keinen Aufschub. Die Deckungslücke für die Leistungsausgaben für ALG-II-Empfänger bei der GKV sei mehrere Milliarden groß. Im Jahr 2016 seien für alleinige ALG-II-Bezieher ca. 4 Milliarden Euro vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlt worden. Die Ausgaben der GKV für diese Gruppe hätten aber ca. 12,7 Milliarden Euro und die Unterdeckung somit ca. 8,7 Milliarden Euro betragen. Insgesamt stünden in der GKV für diese Versichertengruppen Einnahmen von ca. 5,9 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von ca.15,5 Milliarden Euro gegenüber. Die Unterdeckung habe somit ca. 9,6 Milliarden Euro im Jahr 2016 betragen. Die sozialpolitische Last der Gesundheitsversorgung von ALG-II-Empfängern werde somit in Milliardenhöhe auf die Schultern der GKV-Beitragszahler – der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber – gelegt. Dort gehöre sie aber als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht hin, zumal höhere Lohnebenkosten stets mit der Abnahme der Zahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze einhergingen und umgekehrt.
Zu Buchstabe c
Selbstständige sind nach Überzeugung der FDP-Fraktion ein wichtiger Bestandteil einer vielfältigen, innovativen und leistungsstarken Wirtschaft. Deshalb gelte es, Selbstständige und insbesondere Gründerinnen und Gründer politisch zu unterstützen. Die Regelung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillig versicherte Selbstständige mit niedrigen Einkommen erfülle diesen Zweck nicht. Im Gegensatz zu abhängig Beschäftigten orientierten sich die Beiträge von Selbstständigen mit kleineren Einkommen an der Mindestbeitragsbemessungsgrenze von derzeit monatlich 2 283,75 Euro. So zahlten Selbstständige mit Einkommen unterhalb dieses Betrags überhöhte Krankenversicherungsbeiträge, weil sich diese an der fiktiven Mindestbeitragsbemessungsgrenze und nicht an den tatsächlichen Einnahmen orientierten. Diese Ungleichbehandlung gegenüber abhängig Beschäftigten sei unfair. Zudem könnten hauptberuflich Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien und deren Einkommen unterhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrenze liege, die geforderten Beiträge oftmals nicht begleichen. Daher solle die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die Geringfügigkeitsgrenze (in Höhe von derzeit 450 Euro) abgesenkt werden und die GKV-Beiträge dieser Personengruppe anhand des tatsächlichen Einkommens bemessen werden, wenn dieses die Mindestbeitragsbemessungsgrenze übersteige, aber den für den Kalendertag 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) nicht erreiche. Weiter wird eine faire, einkommensorientierte Neuregelung, die insbesondere Selbstständige mit kleinem Einkommen entlastet und Anreize zur selbstständigen Tätigkeit schaffe, gefordert.
Zu Buchstabe d
Die meisten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seien pflichtversichert, beispielsweise Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit weniger als 4 950 Euro Bruttoeinkommen im Monat (Wert für 2018, wie auch im Folgenden), schreibt die Fraktion DIE LINKE. Der Arbeitgeber führe ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ab, die sich prozentual aus dem Gehalt errechneten. Ebenso würden bei der Berechnung der Nettorentenbezüge in der

Krankenversicherung der Rentner auf Basis der tatsächlichen Rente Beiträge abgeführt. Etwa 6 Millionen Menschen, also knapp 11 Prozent der Beitragszahlenden, seien allerdings freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Das bedeute, dass sie sich grundsätzlich auch für die private Krankenversicherung (PKV) entscheiden könnten. Für diese Gruppe gebe es eine Sonderregelung, den Mindestbeitrag. Bei Selbstständigen werde grundsätzlich angenommen, dass sie ein fiktives Einkommen in Höhe von 4 425 Euro im Monat hätten, auf das dann unabhängig vom meist geringeren tatsächlichen Einkommen Beiträge erhoben werden. Weisen sie ein niedrigeres Einkommen nach, verringere sich zwar das fiktive Einkommen, allerdings auf nicht unter 2 283,75 Euro. Nur unter sehr engen Voraussetzungen könne das fiktive Einkommen auf bis zu 1 522,50 Euro abgesenkt werden. Hunderttausende Selbstständige hätten aber tatsächlich ein deutlich geringeres Einkommen. Daher solle die Mindestbeitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die allgemeine Mindestbeitragsbemessung für freiwillig Versicherte nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze (derzeit 450 Euro) abgesenkt werden. Bei höheren Einkommen sollten einkommensabhängige Beiträge gelten. Zudem sollen alle Beitragsschulden erlassen werden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen nach § 240 Absatz 4 SGB V bis zu dieser Neuregelung entstanden seien.

Zu Buchstabe e

Einige Vorschläge des Entwurfs eines Versichertenentlastungsgesetzes geht nach Meinung der Fraktion DIE LINKE. zwar in die richtige Richtung, wie zum Beispiel die paritätische Beitragszahlung oder die mäßige Absenkung der Mindestbeiträge der Selbstständigen. Diese Maßnahmen blieben jedoch weit hinter dem zurück, was schnell und unkompliziert geregelt werden könne, um Ungerechtigkeiten zu beseitigen sowie die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Es seien daher rasche weitergehende Maßnahmen nötig, die einerseits das Versichertenentlastungsgesetz ergänzten und andererseits eine weitere Entwicklungsperspektive aufzeigen könnten. So sollten die Zusatzbeiträge nicht nur paritätisch finanziert, sondern abgeschafft werden, hohe Rücklagen bei Krankenkassen nicht zur Beitragssenkung bei den betroffenen Kassen genutzt, sondern damit Leistungsverbesserungen finanziert werden. Außerdem solle eine wirkliche paritätische Finanzierung der Krankenkassen durch Arbeitgeber und Versicherte eingeführt werden, welche nicht nur eine Parität der Beitragszahlungen, sondern auch die Abschaffung von Zuzahlungen und die Erweiterung des Leistungskatalogs um gesundheitlich notwendige, aber bislang von den Versicherten getragene Leistungen wie zum Beispiel Zahnersatz und Sehhilfen umfasse sowie die Mindestbemessung aller freiwillig Versicherten auf 450 Euro monatlich reduziert werden.

Es sei nicht einzusehen, weshalb gesetzlich Krankenversicherte – und zukünftig wieder ihre Arbeitgeber – je nach Krankenkasse unterschiedlich hohe Beiträge zahlen müssten, obwohl über 99 Prozent der Leistungen gesetzlich vorgegeben und damit identisch seien. Unterschiedliche Leistungen seien in einem solidarischen System, das sich grundsätzlich nach der Evidenz zu richten habe, auch nicht statthaft. Daher soll ein für alle Krankenkassen einheitlicher Beitragssatz gelten. Dafür notwendig sei zwingend eine stärkere Orientierung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an den tatsächlich notwenigen und getätigten Ausgaben für die Versicherten.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4454 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 18. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4454 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltausschuss auf Grund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat im Umlaufverfahren am 18. September 2018 im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag festgestellt, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte nicht erforderlich ist.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 15. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der

Fraktionen der AfD und FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.
Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 17. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 17. Sitzung am 27. Juni 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 sowie zu dem Antrag auf Drucksache 19/4454 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.
In seiner 19. Sitzung am 26. September 2018 hat der Ausschuss zudem beschlossen, zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4538, 19/4320 und 19/102 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 20. Sitzung am 8. Oktober 2018 hat der Ausschuss die Beratungen über die Vorlagen aufgenommen.
Die Anhörung fand in der 21. Sitzung am 8. Oktober 2018 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), AWO Bundesverband Berlin e. V., BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesverband für Kindertagespflege e. V. (BVKTP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Der Paritätische Gesamtverband (DPWV), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher BundeswehrVerband e. V. (DBwV), Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB), Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK), GKV-Spitzenverband (GKV), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Martin Albrecht (IGES Institut GmbH), Prof. Dr. Stefan Greß (Hochschule Fulda), Dr. Andreas Lutz (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)), Prof. Dr. Stefan Sell (Hochschule Koblenz), Prof. Dr. Helge Sodan (Freie Universität Berlin), Carola Sraier (BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)), Prof. Dr. Volker Ulrich (Universität Bayreuth), Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen). Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.
Der Ausschuss hat die Beratungen in seiner 24. Sitzung am 17. Oktober 2018 fortgeführt und abgeschlossen.
Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen.
Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/4320 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/4244 abzulehnen.
Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 beschlossen. Diese betreffen insbesondere Detailregelungen zur paritätischen Beitragsfinanzierung hinsichtlich der Verbeitragung ausländischer Renten, zur Beitragsberechnung in der Gleitzone nach § 20 SGB IV, Detailregelungen zum Inkrafttreten des Verbots der Anhebung von Zusatzbeiträgen bei Überschreiten der zulässigen Obergrenzen für Finanzreserven, Klarstellungen zur Bereinigung aufzuhebender Mitgliedschaften aus der obligatorischen Anschlussversicherung mit Regelung zum Inkrafttreten am 1. Januar 2019 sowie zur Möglichkeit der Aktienanlage für Altersrückstellungen. Darüber hinaus wurden Regelungen beschlossen, die für den Zugang von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung relevant sind, insbesondere Detailregelungen zum Beitrittsrecht ab dem 1. Januar 2019, zum nahtlosen Übergang aus der truppenärztlichen Versorgung, zum Beitragszuschuss für die soziale Pflegeversicherung, zur Pflegeversicherung für Familienangehörige, der Beitragsentrichtung für Eignungsübende sowie eine Übergangsregelung für ehemalige Zeitsoldaten, die seit dem 15. März 2012 aus dem Dienst ausgeschieden sind. Weitere Änderungsanträge betreffen die Angleichung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf die der sonstigen freiwillig Versicherten, die Beitragspflicht beim Krankengeld für hauptberuflich Selbständige, die Mindestbeiträge zahlen, die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes eine Versicherungspflicht aus anderem Grund bestand sowie die Abgrenzung von privaten und betrieblichen Altersvorsorgeleistungen entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.
Diese Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 19(14)39.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Enthaltung der Fraktionen der AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Ferner hat dem Ausschuss ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 19(14)39.1 vorgelegen, der mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurde, mit folgendem Inhalt vorgelegen: (Anmerkung: nicht wiedergegeben, wortgleich mit Vorschlag Nr. 7 des Bundesrates)
Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, durch das Versichertenentlastungsgesetz würden die Versicherten um bis zu 8 Milliarden Euro entlastet. Die Krankenkassenbeiträge würden künftig wieder paritätisch finanziert und die hauptberuflich Selbstständigen mit geringem Einkommen würden weiter entlastet, indem die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt werde. Auch die Arbeitgeber würden durch die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Rücklagen abzubauen und durch die nun eingeschränkte Möglichkeit, den Zusatzbeitrag anzuheben, entlastet. Um die ungeklärten Kassenmitgliedschaften und die damit verbundenen Beitragsschulden zu reduzieren, sei ein ganzes Maßnahmenpaket im Gesetz enthalten. Wichtig sei, dass die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich für Mitgliedschaften zurückgezahlt werden müssten, wenn sich diese als nicht existent herausstellten. Damit vermeide man eine Verzerrung des Kassenergebnisses. Insbesondere für Zeitsoldaten beinhalte das Gesetz wesentliche Verbesserungen, da diese künftig ein Beitrittsrecht zur GKV hätten. Zudem hätten Zeitsoldaten, die nach dem Fachkräftegewinnungsgesetz aber vor Inkrafttreten des Beitrittsrechts bereits aus dem Dienst ausgeschieden seien, die einmalige Möglichkeit, innerhalb von drei Monaten GKV-Mitglied zu werden. Der Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf sei obsolet. Es bestehe kein Regelungsbedarf, da § 140a SGB V bereits heute den Kassen erlaube, Einzelverträge zu schließen. Zum Antrag der AfD führte die Fraktion der CDU/CSU aus, dass kostendeckende GKV-Beiträge für ALG II-Bezieher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei und aus Steuermitteln finanziert werden müssten. Darüber verhandele man dem Finanzministerium. Eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro, wie es die FDP fordere, lehne man ab, denn einerseits hätten Selbstständige einen Gestaltungsspielraum bei ihren Einnahmen. Zum anderen würden der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch Einnahmen zu Grunde gelegt, die mit denen eines versicherungspflichtig Beschäftigten vergleichbar seien. Auch verliere die FDP über die Kompensierung der Kosten von 1,5 Milliarden Euro kein Wort. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. gehe in die gleiche Richtung und werde deshalb ebenfalls abgelehnt.
Die **Fraktion der SPD** betonte, mit dem Gesetz würden die richtigen Weichen gestellt und viele Verbesserungen für die Zukunft erreicht. Zu begrüßen sei insbesondere die Wiedereinführung der Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung, für die sich die Partei mit Nachdruck eingesetzt habe. Auch die Entlastung der Selbstständigen bei den Beiträgen sei ein wichtiger Schritt. Weiter werde den Zeitsoldaten die Gelegenheit gegeben, in die gesetzliche Krankenversicherung einzutreten. Die Fraktion der SPD hätte darüber hinaus gerne für die zukünftig freiwillig gesetzlich versicherten ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit einen Zugang zur Krankenversicherung der Rentner noch in das Gesetz aufgenommen. Das Thema habe sich aber noch nicht erledigt, das Bundesverteidigungsministerium müsse nun Verantwortung übernehmen. Zu den Anträgen der Opposition hieß es, die geforderte Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro sei nicht sachgerecht, da hauptberuflich Selbstständige über das Einkommensteuerrecht andere Entlastungsmöglichkeiten als Arbeitnehmer hätten. Zum Änderungsantrag der Grünen sagte die Fraktion, über die Qualität der Verträge und die Gestaltungs- und Regelungsbefugnisse könne man diskutieren. Auf der anderen Seite hätten Krankenkassen bereits heute verschiedene Möglichkeiten, Verträge abzuschließen.
Die **Fraktion der AfD** stand dem Gesetzentwurf zwiespältig gegenüber. Einerseits begrüße sie die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Andererseits sehe sie die entstehenden Kostenverschiebung ohne echte Entlastung und vor allen Dingen ohne die Belastung des Bundeshaushaltes kritisch. Deshalb werde man sich bei der Abstimmung zum Gesetzentwurf enthalten. Ebenfalls enthalten werde man sich bei dem Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 19/102 sowie zum Antrag der FDP. Den zweiten Antrag der Fraktion DIE LINKE. werde man ablehnen. Zum eigenen Antrag, der die Einführung von kostendeckenden Beiträgen für Arbeitslosengeld II fordere, hätten sich sowohl der Minister als auch Frau Abg. Maag dahingehend geäußert, dass hier eine Prüfung erfolge.
Die **Fraktion der FDP** lehnte den Gesetzentwurf ab. Zwar enthalte er einige positive Elemente wie die Abschmelzung der Krankenkassenrücklagen oder den Verzicht auf Mindestbeiträge beim Bezug von Kranken- und Mutterschaftsgeld sowie den künftigen Beginn der Versicherungsberechtigung von Zeitsoldaten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ausscheiden aus dem Dienst. Das aber wiege die Nachteile des Entwurfs nicht auf. Mit der Wiederherstellung der Parität entlaste die Regierung zwar die Versicherten, eine Maßnahme, die man begrüße, zugleich aber würden die Arbeitgeber belastet. Dies wiederum werde Arbeitsplätze kosten. Nicht weit genug gingen auch die Regelungen zur Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige. Hier halte man eine Grenze von 450 Euro für angemessen. Dass die jetzige Lösung nur ein erster Schritt sein könne, sei auch von den Sachverständigen in der Anhörung bestätigt worden. Die Fraktion war der Ansicht, dass man gleich den richtigen Schritt gehen sollte. Betroffen seien so vor allem Frauen, die die Selbstständigkeit vorzögen, weil sie zeitlich besser planen könnten. Das dürfe nicht sein. Auch beim Morbi-RSA sah die Fraktion dringenden Handlungsbedarf, damit dieser weniger manipulationsanfällig und gerechter in der Verteilung werde.
Die **Fraktion DIE LINKE.** konstatierte einige Schritte in die richtige Richtung, die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz unternommen würden. Dennoch werde man sich bei der Abstimmung enthalten, da die grundlegenden Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems ohne die Einführung einer Bürgerversicherung in Form einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung nicht lösbar seien. Begrüßenswert sei insbeson dere die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge. Angesichts der Zuzahlungen, der Eigenanteile beispielsweise bei Zahnersatz und überhaupt nicht von den Kassen finanzierter Leistungen wie Sehhilfen werde die paritätische Finanzierung allerdings nicht vollständig hergestellt. Die von privaten Haushalten getragenen Kosten im Gesundheitssystem hätten sich nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2016 auf insgesamt 47,3 Milliarden

Euro belaufen. Die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige gehe ebenfalls in die richtige Richtung, reiche allerdings nicht aus. Auch mit der Neuregelung seien weiterhin viele Menschen überfordert, weil sie für die nun vorgesehenen Mindestbeiträge immer noch zu wenig verdienten. Anders als im FDP-Antrag vorgesehen, soll nach dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Die Absenkung der Mindestbemessung auf 450 Euro auch für freiwillig Versicherte wie Studierende und Rentner gelten. Die Abschmelzung der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung zur Senkung des Beitragssatzes auch der Arbeitgeber lehne man ab, da die Versicherten in den letzten Jahren 145 Milliarden Euro mehr in die GKV einbezahlt hätten als die Arbeitgeber und die nun verbliebenen 30 Milliarden Euro nicht gleichermaßen den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sondern allein den Arbeitnehmern zu Gute kommen sollten. Sinnvoller wäre es, Verbesserungen bei den Zuzahlungen und anderen aus dem Geldbeutel der Versicherten finanzierten Leistungen zu erreichen.
Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** kündigte an, dem Gesetzentwurf zustimmen zu wollen. Das liege vor allem an der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung, die man seit langem gefordert habe. Auch die neuen, unbürokratischen Regelungen bei den Beitragszahlungen von Selbstständigen entsprächen langjährigen Forderungen der Partei. Die Forderung von FDP und Linken auf Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro sei ordnungspolitisch bedenklich, da man hier die bei Selbständigen und angestellten Versichertenunterschiedlichen Möglichkeiten zur Beitragsgestaltung gleichsetze, obwohl das einen großen Unterschied mache. Außerdem dürfe man keine zusätzlichen Anreize für prekäre Beschäftigungen schaffen. Genau das würde dann jedoch passieren. Die im Gesetz vorgesehene Verbindung zwischen der Regelung zur Auflösung von Rücklagen der Krankenversicherungen mit der Reform des Morbi-RSA sei eine wichtige Einschränkung, da die Rücklagen nicht gleichmäßig zwischen den einzelnen Krankenkassen verteilt seien. Mit dem vorgelegten Änderungsantrag dränge man darauf, den Qualitätswettbewerb zu forcieren. Es müsse sich für die gesetzlichen Krankenversicherungen lohnen, gute Versorgung insbesondere für aufwendige Patienten sicher zu stellen. Derzeit gelte es, Aufwände zu vermeiden und gleichzeitig im Beitragswettbewerb positiv dazustehen. Diese Entwicklung sei für die Patienten verhängnisvoll.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/445 (richtig: 19/4454), 19/4552 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Anmerkung: Die Begründungen zu Artikel 1 und 2 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 3 bis 13 im Anhang wiedergegeben.

f) Beschluss des Deutschen Bundestages vom 18. Oktober 2018 (Drucksache 522/18)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 58. Sitzung am 18. Oktober 2018 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 19/5112 – den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) – Drucksachen 19/4454, 19/4552 – [in beigefügter Fassung] angenommen.

g) Beschluss des Bundesrates vom 23. November 2018 (Drucksache 522/18 – Beschluss)

Der Bundesrat hat in seiner 972. Sitzung am 23. November 2018 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 18. Oktober 2018 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

*3. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394); Begründungen aus Drucksachen 19/4453 und 19/5593.

*Anmerkung: siehe „Vorbemerkungen“ (Seite 3 ff.)

Artikel 1* – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17a wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe“ ersetzt.
      bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:
      „Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen.“
   b) In Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt“ eingefügt.
2. § 17b wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ eingefügt.
   b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
   „(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“
   c) In Absatz 5 Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.

*Anmerkung: Inkrafttreten 2. August 2018

Zu Nummer 1 (§ 17a)
Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Da zum Teil unterschiedliche Rechtsauffassungen hinsichtlich der Frage bestehen, ob bei der Verhandlung der Ausbildungsbudgets auch Ausbildungsberufe zu berücksichtigen sind, bei denen die jeweiligen berufsspezifischen Gesetze keine Ausbildungsvergütungen vorsehen, wird klargestellt, dass eine Finanzierung der von den Krankenhäusern gezahlten Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a genannten Berufe über Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 3 und 4)
Da Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im praktischen Teil ihrer Ausbildung in bestimmtem Umfang die Arbeitskraft einer voll ausgebildeten Pflegekraft ersetzen, werden ihre Ausbildungsvergütungen nach geltender Rechtslage für die gesamte Dauer der Ausbildung lediglich anteilig durch die Kostenträger refinanziert. So gilt in der Krankenpflege und in der Kinderkrankenpflege derzeit ein gesetzlicher Anrechnungsschlüssel von 9,5 zu 1 und in der Krankenpflegehilfe von 6 zu 1. Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege finden die jeweiligen Anrechnungsschlüssel weiterhin Anwendung. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass voll ausgebildete Pflegekräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in der Regel in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist. Aus demselben Grund gilt in der Ausbildung zur Krankenpflegehilfe, die in der Regel ein oder zwei Jahre dauert, der Anrechnungsschlüssel nach dem ersten Jahr der Ausbildung.
Die Regelung gilt erstmals für das Ausbildungsbudget für das Jahr 2019.
Im Wege der Rechtsbereinigung wird bei dem neu gefassten Satz 3 zudem darauf verzichtet, den bis zum Ende des Jahres 2004 gültigen Anrechnungsschlüssel in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege (7 zu 1) zu nennen.
Zu Buchstabe b (Absatz 3 Satz 3)
Es handelt sich um eine rechtliche Klarstellung dahingehend, dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind und die Budgets nicht von dem Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG, der sogenannten Obergrenze, begrenzt werden. Hierzu hatte es in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen gegeben.
Zu Nummer 2 (§ 17b)
Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 1)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer geänderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4.
Zu Buchstabe b (Absatz 4) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 1 und 2
Absatz 4 beauftragt die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen eines lernenden Systems mit der Schaffung der Grundlagen für eine Pflegepersonalkostenvergütung, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten zukünftig besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Zugleich sollen die Transparenz und Leistungsorientierung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden. Hierzu wird die Krankenhausvergütung beginnend ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination des DRG-Systems mit einer krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Als Voraussetzung hierfür sind die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu ermitteln und auszugliedern.
Mit Satz 1 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene, die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung, beauftragt, die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern, also die Bewertungsrelationen der bundesweiten DRG-Fallpauschalen und die Höhe der Zusatzentgelte um die hierin enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu mindern. Zugleich ist auf Basis der ausgegliederten Kosten ein Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln (siehe dazu Satz 5). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die hierfür notwendigen Maßnahmen auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu treffen.
Die Ausgliederung ist für die Pflege in der Patientenversorgung vorzunehmen. Umfasst hiervon ist die voll- und teilstationäre pflegerische Patientenversorgung durch Pflegepersonal, die auch die Versorgung in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen umfasst.
Für die Ausgliederung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen. Daher präzisiert Satz 2 die Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene dahingehend, dass sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren haben. Hierzu ist auch eine Definition intensivmedizinischer Behandlungseinheiten erforderlich. In der Folge sind Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen und – soweit erforderlich – bestehender Vereinbarungen (z. B. Vereinbarung nach § 17b Absatz 1 Satz 6, nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG und nach § 9 Absatz 1c KHEntgG) vorzunehmen.
Die bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung ist auch für die Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG durch die Vertragsparteien vor Ort verbindlich.
Satz 3 gibt vor, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 von allen Krankenhäusern für die Abgrenzung der Betriebskosten und der Leistungen anzuwenden sind. Durch diese in jedem Krankenhaus vorzunehmende Abgrenzung wird für die Vereinbarung des Pflegebudgets eine den Anforderungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG entsprechende Ausgangsbasis gewährleistet. Die Krankenhäuser haben die Leistungsdaten wie bereits bisher nach § 21 KHEntgG an die Datenstelle des InEK zu liefern.
Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sind die von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK zu liefernden Kosten- und Leistungsdaten in der geänderten Abgrenzung heranzuziehen. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind wie bereits bisher, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu liefern.
Nach Satz 4 sind für die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020 die maßgeblichen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind um den in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegeaufwand in der Patientenversorgung zu reduzieren und die Fallpauschalenvereinbarung ist mit entsprechend geminderten Bewertungsrelationen und Zusatzentgelten erstmals bis zum 30. September 2019 zu vereinbaren. Durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand ist eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich. Auch durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten entstehende mögliche Katalogeffekte sind nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen (siehe dazu auch § 10 Absatz 4 Satz 5 – neu – KHEntgG). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversor-

gung entstehen. Dabei erfolgt die Kalkulation der neuen Pflegepersonalkostenvergütung im Rahmen eines lernenden Systems. Für die Berechnung des ersten Pflegerlöskatalogs können die zum Zeitpunkt der ersten Kalkulation verfügbaren Daten aus dem Jahr 2018 genutzt werden. Das InEK hat die Höhe und die Art der auszugliedernden Kosten des Pflegeerlöskatalogs jährlich zu prüfen und den Pflegeerlöskatalog weiterzuentwickeln. Zu erwarten ist, dass die Datengrundlage sukzessive besser wird und auf dieser Grundlage ein kontinuierlich belastbarerer Pflegeerlöskatalog kalkuliert wird. Die Erkenntnisse aus den Daten nach § 6a Absatz 3 KHEntgG sind zu berücksichtigen. Die nach § 17b Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigende Repräsentativität ist auch bei den Pflegepersonalkosten hinsichtlich deren Art und Umfang zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK in seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen.

Mit dem Ziel der Verbesserung der Transparenz und Leistungsorientierung gibt Satz 5 vor, dass der auszugliedernde Pflegepersonalaufwand bis zum 30. September 2019 in einem bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalog, der auf Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag beruht, auszuweisen ist. Der Katalog ist nach Satz 6 jährlich weiter zu entwickeln, da die Höhe der aus dem DRG-Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten Veränderungen unterliegt.

Nach Satz 7 ist die neue Pflegepersonalkostenvergütung erstmals für das Jahr 2020 anzuwenden. Hierfür ist ein von den Vertragsparteien vor Ort vereinbartes, krankenhausindividuelles Pflegebudget unter Nutzung des Pflegeerlöskatalogs nach Satz 5 abzuzahlen. Durch Absatz 4 wird das DRG-Vergütungssystem umfassend verändert. Für diesen Veränderungsprozess gelten daher die Vorgaben nach Absatz 2 entsprechend: Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Personalvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung, zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung und Weiterentwicklung nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

Mit den Sätzen 9 und 10 werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten zu berichten. Dabei sind die Jahre 2020 bis 2024 in den Blick zu nehmen. Für den Bericht können sie u. a. die ihnen ohnehin vorliegenden Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes nutzen. Diese umfassen u. a. die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte und differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Zusätzliche Datenerhebungen oder -übermittlungen sind daher nicht erforderlich. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben einen Zwischenbericht zum 31. August 2021 vorzulegen, in dem die ersten Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets dargestellt werden können. Der abschließende Bericht ist zum 31. August 2025 vorzulegen, so dass dieser die Entwicklungen bis einschließlich zum Jahr 2024 enthält.

Zu Buchstabe c (Absatz 5 Satz 1)

Die Arbeiten im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4 Satz 1 sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 2 (§ 17b Absatz 4)

Zu Buchstabe b (Satz 1)

Die Änderung konkretisiert die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und verhindert Fehlentwicklungen.

Die auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden als diejenigen konkretisiert, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, also für die Pflege am Bett (siehe dazu auch Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung zu den Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401) entstehen. Dieser Rahmen ist sowohl vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei seiner Konzepterstellung als auch von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei ihrer auf dem Konzept basierenden Vereinbarung einzuhalten. Der Pflege am Bett sind alle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten für Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich zuzuordnen. Orientiert an den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten, Version 4.0, der Vertragsparteien auf Bundesebene (S. 248) sowie dessen Umsetzung in den Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (https://www.gdrg.de/GDRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog, S. 2 ff), umfasst dies die Personalkosten des Pflegedienstes, die auf den Kostenstellen Normalstation, Intensivstation, Dialyse und in der Patientenaufnahme zu buchen sind. Damit werden die in der Pflege am Bett tätigen Pflegepersonalkosten der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst. Nicht umfasst sind z. B. die Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich (OP-Bereich), in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur. Anders als bei der Pflege am Bett, deren Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert und zukünftig krankenhausindividuell erstattet werden, werden diese Kosten weiterhin über die pauschalierenden Entgelte des DRG-Systems vergütet. Damit werden mögliche Fehlentwicklungen verhindert, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche in Form einer dynamischeren Leistungsentwicklung eintreten können.

Zu Satz 2

Für die Zuordnung von Pflegepersonal, das teilweise sowohl in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen als auch teilweise in pflegeentfernten Bereichen eingesetzt ist (z. B. OP-Bereich), sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 Zuordnungsregeln zu vereinbaren, die ermöglichen, dass nur überwiegend bei der Pflege am Bett entstehende Pflegepersonalkostenanteile ebenfalls aus dem DRG-System ausgegliedert werden.

Artikel 2 – Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. In § 10 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.
1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:

1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.

Vorhaben nach Satz 4 Nummer 2 zur Bildung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen können auch insoweit gefördert werden, als Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit ein Land den ihm nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil nicht ausschöpft, kann der verbleibende Anteil noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können jährlich Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Teile des Betrags nach Satz 4 können von den Ländern noch bis zum 31. Dezember 2022 gemeinsam beantragt werden. Soweit die Mittel nach Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
   a) in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
   b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel."

2. § 14 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
   „Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a bewirkten

Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt."

3. § 17b wird wie folgt geändert:
   a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung" angefügt.
   b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen sind, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen" eingefügt.
   c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
      bb) Folgender Satz wird angefügt: „Widerspruch und Klage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung."
   d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
      aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
         aaa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Vergütungssystem" die Wörter „einschließlich Vorschriften über die Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4" eingefügt.
         bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „und seine" durch die Wörter „einschließlich der Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und die" ersetzt.
      bb) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 6" durch die Wörter „Absatz 3 Satz 4" ersetzt.
4. Dem § 17c Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
   „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt jeweils die schriftliche Einwilligung der Versicherten hierzu voraus. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden."

4a. In § 17d Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7" durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6" ersetzt.

5. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den §§ 17b und 17d" durch die Wörter „§ 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausindividuelle Vereinbarung vorsehen," ersetzt.
6. In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte" durch die Wörter „Zu- und Abschläge, sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte" ersetzt.

Zu Nummer 1 (§ 12a)
Die Vorschrift enthält die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019. Sie orientiert sich im Wesentlichen an der Regelung des § 12 und trägt insbesondere den Besonderheiten hinsichtlich des Förderbetrags und der Förderzeiträume Rechnung.
Zu Absatz 1 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 4 Nummer 1 und Anfügen von Satz 5
Die Mittel für den Krankenhausstrukturfonds werden diesem ab dem Jahr 2019 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Dies entspricht der bisherigen Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Millionen Euro. An der Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds ist wie bisher auch die landwirtschaftliche Krankenkasse beteiligt. Satz 4 bringt zum Ausdruck, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds über die Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten hinaus auch zur Förderung gesundheitspolitisch besonders herausragender Zwecke genutzt werden können. Hierzu gehören die Förderung der wettbewerbsrechtlich zulässigen Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen sowie der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe. Sowohl bei der Bildung von Verbünden und Zentren sowie bei Kooperationen ist das Wettbewerbsrecht zu beachten. Das Nähere hierzu wird durch eine entsprechende Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt (vgl. Artikel 5).
Zu Absatz 2
Von dem Gesamtförderbetrag in Höhe von zwei Milliarden Euro zuzüglich einer möglichen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen stehen in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich jeweils 500 Millionen Euro, abzüglich der notwendigen Aufwendungen des BVA für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung mittels des Krankenhausstrukturfonds und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels, für die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verfügung. Die vorgenannten Aufwendungen sind gleichmäßig auf diesen Zeitraum zu verteilen. Der verbleibende Betrag wird, wie bisher auch, grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt, allerdings mit der Besonderheit, dass 5 Prozent der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Die Umsetzung strukturverbessernder Vorhaben soll nicht deshalb unterbleiben, weil sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder zugreifen, eine Quotierung findet insoweit nicht statt. Maßgeblich ist aus Gründen der haushaltsrechtlichen Planbarkeit für die Länder der Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018. Hat ein Land den ihm zustehenden Anteil der Fördermittel im Lauf eines Jahres nicht ausgeschöpft, bleibt ihm dieser Anteil bis zum 31. Dezember 2022 erhalten und kann durch bis zu diesem Zeitpunkt gestellte Anträge abgerufen werden. Fördermittel, für die zu diesem Zeitpunkt keine Anträge gestellt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds. Soweit diese Mittel auf den Finanzierungs-

anteil der privaten Krankenversicherungen entfallen, sind sie an diese zurückzuzahlen. Dies trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des bisherigen Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Nach Ablauf der Antragsfrist war nur ein geringer Teil der Fördermittel nicht von den Ländern abgerufen worden und war daher im Nachverteilungsverfahren zu verteilen. Der mit der Durchführung des Nachverteilungsverfahrens für das BVA und die Länder verbundene Verwaltungsaufwand stand jedoch in keinem angemessenen Verhältnis zu den Beträgen, die im Nachverteilungsverfahren auf die antragstellenden Länder entfielen. Daher ist es sachgerecht, dass ein eventuell verbleibender Restbetrag zur Vereinfachung des Verfahrens im Gesundheitsfonds verbleibt.
Zu Absatz 3 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 3 („wenn" durch „soweit" ersetzt)
Für die Zuteilung von Fördermitteln gelten in den Jahren 2019 bis 2022 grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie im Zeitraum nach 2016. Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen des § 12 Absatz 2 aufgrund des geänderten Förderzeitraums. Klargestellt wird, dass die Ko-Finanzierung der Vorhaben in Höhe von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten mindestens zur Hälfte von den Ländern zu tragen ist. Eine überwiegende Ko-Finanzierung durch den Krankenhausträger ist daher nicht möglich. Vielmehr bleibt es bei dem Grundsatz, dass die zu fördernden Vorhaben je zur Hälfte aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder zu finanzieren sind. Da im maßgeblichen Zeitraum, für den die Länder ihr Investitionsniveau im Krankenhausbereich beizubehalten haben, keine Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in die Landeshaushalte mehr einzustellen waren, ist auch eine Bezugnahme auf diese Vorschrift entbehrlich. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sieht Satz 7 vor, dass die dem Bundesversicherungsamt nach dem 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung nach § 12 aus dem in Absatz Satz 1 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten gesonderte Mittel hierfür vorgehalten werden.
Zu Absatz 4
Die Regelung enthält die Ermächtigung, in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auch das Nähere zu den Kriterien und Voraussetzungen der Förderung ab dem Jahr 2019 zu regeln.
Zu Nummer 2 (§ 14 Satz 1 bis 5)
Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen an den neuen Förderzeitraum. Die Auswertung der strukturverbessernden Wirkungen der Förderung nach § 12a soll im gleichen Verfahren erfolgen wie für die Förderung nach § 12. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird geregelt, dass die für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels erforderlichen Daten künftig von den Ländern auf Anforderung dem BVA zu übermitteln sind und nicht mehr der beauftragten Stelle. Das BVA leitet die Daten gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiter. Satz 4 sieht aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung vor, dass die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 nur bis zum 31. Dezember 2020 aus dem in § 12 Absatz 2 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten zur Deckung dieser Aufwendungen gesonderte Mittel vorgehalten werden. Nach diesem Zeitpunkt werden die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung einheitlich aus dem in § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.
Zu Nummer 3 (§ 17b Absatz 3 Satz 4 und 5) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (Überschrift, Absatz 2, 3 und 7)
Der in Absatz 3 Satz 4 hergestellte Bezug auf die Absätze 4 und 6 ist nicht mehr gegeben, da diese Absätze bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz aufgehoben wurden. Auch in Satz 5 wird auf einen zwischenzeitlich abgeschlossenen Sachverhalt Bezug genommen, so dass Satz 5 ebenfalls aufgehoben werden kann.
Zu Nummer 4 (§ 17c Absatz 5) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Die Pflegesätze sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Insoweit sind für Krankenhäuser auch die Voraussetzungen zu schaffen, für die bei privaten Versicherungsunternehmen versicherten Patientinnen und Patienten die zusätzliche Vergütung für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf einer gesicherten Basis abrechnen zu können. Dazu ist es erforderlich, dass bei einer dem Krankenhaus vorliegenden Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur direkten Abrechnung des Krankenhauses mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten nach § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mitzuteilen.
Zu Nummer 5 (§ 18 Absatz 3 Satz 3)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch § 17b Absatz 4, die über § 6a KHEntgG für die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten des Pflegeerlöskatalogs eine krankenhausindividuelle Vereinbarung vorsieht.
Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgenommenen Umwandlung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser von einem Preissystem in ein Budgetsystem. Durch diese Umwandlung ist eine Vereinbarung eines landeseinheitlichen Preisniveaus nicht mehr erforderlich. Die Änderung trägt diesem Sachverhalt Rechnung und hebt den inzwischen fehlerhaften Verweis auf.
Zu Nummer 6 (§ 28 Absatz 4 Nummer 4)
Die Änderung berücksichtigt, dass nach der erstmaligen Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG als neue Entgeltart krankenhausindividuell zu vereinbarende tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets gezahlt werden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 0 (§ 10 Absatz 2 Satz 1)
Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch die Investitionsbewertungsrelationen auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits nach geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschläge zu tragen.
Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.
Zu Nummer 1 (§ 12a)
Zu Absatz 1
Zu Satz 4 Nummer 1
Die Regelung stellt eine Ausnahme von dem Grundsatz des § 5 Absatz 1 Nummer 1 dar, wonach Hochschulkliniken aus der Förde-

rung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgenommen sind. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Behandlung von seltenen, schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen zu einem großen Teil an den Hochschulkliniken stattfindet, sodass eine ausnahmsweise Förderung gerechtfertigt erscheint. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Regelung sind die im Zusammenhang mit der Bildung eines Zentrums zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen bei den beteiligten Hochschulkliniken entstehenden Kosten nur dann förderungsfähig, wenn Universitätskliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind. Zur Stärkung der Zentrumsfunktion der Hochschulkliniken sind darüber hinaus nur solche Vorhaben förderfähig, die zu einer Konzentration entsprechender Versorgungskapazitäten an den Hochschulkliniken führen. Konzentrationsvorhaben, die diese Förderkriterien nicht erfüllen, bleiben weiterhin förderfähig, namentlich als privilegierte Konzentrationsvorhaben im Rahmen von Krankenhausverbünden (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) oder als sonstige Konzentrationsvorhaben, die nicht der privilegierten Förderung unterliegen (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

Zu Satz 5 neu

Durch die Förderung der Einbindung von Hochschulkliniken in telemedizinische Netzwerkstrukturen soll der besondere medizinische Sachverstand der im Rahmen dieser Vorhaben zur Geltung gebracht werden.

Zu Absatz 3 Satz 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass eine Förderung aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nicht schon dann vollständig ausgeschlossen ist, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem Land zur Rückzahlung von in der Vergangenheit gewährten Investitionsfördermitteln verpflichtet ist. Vielmehr soll das Bestehen einer Rückzahlungsverpflichtung nur zu einer entsprechenden Kürzung des Förderbetrags führen. Hierdurch wird vermieden, dass eine Förderung sinnvoller strukturverbessernder Vorhaben unterbleibt, weil der Krankenhausträger Investitionsfördermittel in unter Umständen verhältnismäßig geringer Höhe zurückzahlen muss. Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.

Zu Nummer 3 (§ 17b)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Änderung der Paragraphenüberschrift, die erkennen lassen soll, dass die Vorschrift eine Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen enthält.

Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 2)

Die Änderung von § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) präzisiert den Verhandlungsauftrag für die Vertragsparteien auf Bundesebene. Sie steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vorgabe von § 8 Absatz 5 Satz 3 – neu – des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach die Regelungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben insbesondere zu prüfen, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 4 und 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die inhaltsgleich der Änderung des Gesetzentwurfs entspricht.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 6 – neu)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entgeltsysteme (DRG-System mit Pflegepersonalkosten, Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, Investitionsbewertungsrelationen) auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden seit dem Jahr 2016 auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale (z. B. Trägerschaft, Leistungsbereiche) zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Eine repräsentative und unverzerrte Kalkulationsgrundlage ist von überragender Bedeutung für die Entwicklung und Weiterentwicklung von belastbaren Entgeltsystemen. Die Änderung gewährleistet, dass sich Krankenhäuser, die zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, nicht durch Widerspruch oder Klage einer Kalkulationsteilnahme entziehen können. Die Regelung beugt damit der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Änderungen zu § 10 Absatz 2 und § 17d Absatz 1 KHG). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach den Sätzen 4 und 5 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zu Buchstabe d (Absatz 7)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Die Regelungen gewährleisten, dass bei nach Absatz 4 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffenden Entscheidungen, die nicht oder nicht fristgerecht getroffen werden, eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach den Vorgaben von Absatz 7 Satz 1 bis 5 möglich ist.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG.

Zu Nummer 4 (§ 17c Absatz 5)

Der Gesetzentwurf sieht in § 301 Absatz 2a – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Übermittlungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu den Pflegegraden ihrer Versicherten vor. Durch diese Übermittlungspflicht wird gewährleistet, dass Krankenhäuser die Zusatzentgelte für einen erhöhten Pflegeaufwand bei Patientinnen und Patienten auf einer belastbaren Informationsbasis abrechnen können. Damit diese Zusatzentgelte auch für privat versicherte Patientinnen und Patienten auf einer gesicherten Basis abgerechnet werden können, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt, eine Vereinbarung zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a SGB V zu treffen. Damit wird an der Vertragspartnerschaft beider Seiten zu der bestehenden Rahmenvereinbarung zum elektronischen Datenaustausch angeknüpft. Die Übermittlung setzt jeweils die schriftliche Einwilligung der privat Versicherten voraus.

Zu Nummer 4a (§ 17d Absatz 1)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch das nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu vereinbarende pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 KHG vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.

Artikel 3* – Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden," die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung" eingefügt.

*Anmerkung: Inkrafttreten 2. Januar 2019

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflegehilfe. Die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauert in der Regel ein oder zwei Jahre. Die Regelung gewährleistet, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Jahr der Ausbildung nicht gilt, sondern erst danach Anwendung findet. Es wird sichergestellt, dass die entsprechende Änderung des Artikels 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb für die Krankenpflegehilfe ab 2. Januar 2019 auch dauerhaft Eingang in das KHG findet. Aufgrund der Änderung des KHG durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.

Artikel 4 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „40" durch die Angabe „55" ersetzt.
2. § 11 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet wurden, zurückzuzahlen sind."
   b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
      bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
      „3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden."
3. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „ist für die Jahre 2017 bis 2019" durch die Wörter „sind für die Jahre 2017 und 2018" ersetzt, werden nach den Wörtern „dass die" die Wörter „nach Satz 1" eingefügt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für das Jahr 2019 sind eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die nach Satz 1 vereinbarten Mittel vollständig für die Finanzierung von Personal zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet wurden" eingefügt.

   Zu Nummer 1 (§ 3)
   Zu Absatz 4 Satz 1
   Durch die Regelung wird die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen umgesetzt. Durch die insoweit verbesserte Tarifrefinanzierung steigt der Prozentsatz, um den der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 oder Absatz 3 zu erhöhen ist, gegenüber der bisherigen, für alle Berufsgruppen hälftigen Tarifrefinanzierung an. Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 55 Prozent der Erhöhungsrate entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.
   Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG wird verwiesen.
   Zu Nummer 2 (§ 11)
   Zu Buchstabe a (Absatz 1)
   Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis zu erheben und vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG).
   Zu Buchstabe b (Absatz 4 Satz 1 Nummer 3)
   Durch die neue Nummer 3 haben Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Verhandlung des Gesamtbetrags den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 3 Satz 3)
Mit der Ergänzung des Satzes 3 wird gewährleistet, dass für das Jahr 2019 eine Rückzahlung von Mitteln oder eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen ist, wenn die zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbarten Personalmittel vollständig für die Finanzierung von Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet worden sind.

Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten für Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für sonstige Personalbereiche außerhalb der Psychiatrie-Personalvorgaben oder für investive Zwecke eingesetzt werden.

Artikel 5 – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgende Überschrift vorangestellt:
„Teil 1
Förderung nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.
2. § 8 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder der von diesem nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Auswertung beauftragten Stelle“ gestrichen.
      bb) In Satz 3 werden die Wörter „oder die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle“ gestrichen.
   b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
      „Spätestens innerhalb von 15 Monaten nach Abschluss eines Vorhabens übersenden die Länder dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel; das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen einmalig verlängern.“
   c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder der von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragten Stelle“ gestrichen.
   d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
      „(4) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm von den zuständigen obersten Landesbehörden nach Absatz 1 Satz 1 und 3 sowie die von den Ländern nach Absatz 3 Satz 1 übermittelten Unterlagen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“
3. Nach § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:
„Teil 2
Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.
4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:
„§ 11
Förderungsfähige Vorhaben

(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn
   1. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird,
   2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern
      a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, und für die
         aa) der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt hat oder
         bb) in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,
      b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, oder
      c) die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben,
   3. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden in
      a) eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder
      b) eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,
   4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um
      a) die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder
      b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt und Maxi-

malversorgung einschließlich der Hochschulkliniken einerseits und Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,

5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat oder
6. Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.

(2) Als Beginn der Umsetzung eines zu fördernden Vorhabens gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines vor dem 1. Januar 2019 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.

(3) Nicht gefördert werden können Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht.

§ 12

Förderungsfähige Kosten

(1) Gefördert werden können

1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit
   a) 4 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,
   b) 6 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,
   c) 8 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,
   d) 12 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten, höchstens jedoch jeweils in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten, bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,
3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen sowie die Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; für bauliche Maßnahmen dürfen nur 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden,
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen und die Kosten für die erstmalige Ausstattung der Ausbildungsstätten.

(2) § 2 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch die Kosten für die Aufrechterhaltung des Gebäude- und Anlagenbetriebs nach Stilllegung akutstationärer Versorgungskapazitäten nicht förderungsfähig sind, soweit es sich nicht um unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen handelt.

(3) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 13

Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

(1) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 2 ergeben, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2019 die ihm bis zum 31. Dezember 2024 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 12a Absatz 3 Satz 7 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach § 14 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.

(3) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2019, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:

1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.

(4) Das Bundesversicherungsamt kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach den §§ 14 und 17 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.

§ 14
Antragstellung

(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 16 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 13 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, oder können die gemeinsam antragstellenden Länder, soweit der Betrag nach § 13 Absatz 1, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht, noch nicht ausgeschöpft ist, auch nach dem 31. Dezember 2022 Fördermittel beantragen.

(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 7 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass
   a) die stillgelegte Versorgungsfunktion durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist,
   b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
3. bei allen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Bestätigung,
   a) dass die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich zulässig ist,
   b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des Vorhabens nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a zusätzlich die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b zusätzlich die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,
6. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c zusätzlich die Bestätigung, dass die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds vereinbart haben,
7. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Erklärung, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den maßgeblichen rechtlichen Vorgaben steht,
8. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen,
9. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,
10. die Berechnung des Barwerts nach § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll,
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung,
    a) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tragen,
    b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder auszuzahlen sind,
    c) in welchem Umfang die beteiligten Länder den ihnen zustehenden Anteil nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Anspruch nehmen und
    d) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.

§ 15
Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts

(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.

(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 50 Prozent liegt, das Land nicht mindestens die Hälfte der Ko-Finanzierung nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, die Nachweise nach § 17 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder die Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.

(3) § 6 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 16
Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln

(1) Das Bundesversicherungsamt macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 15 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Bei länderübergreifenden Vorhaben sind Rückforderungsansprüche nur gegenüber dem beteiligten Land geltend zu machen, bei dem der die Rückforderung

begründende Sachverhalt eingetreten ist. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.

(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.

§ 17

Auswertung der Wirkungen der Förderung

(1) Für die Auswertung der Wirkungen der Förderung übermitteln die zuständigen obersten Landesbehörden dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2020, für die Vorhaben, für die das Bundesversicherungsamt Fördermittel bewilligt hat,

1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,
2. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,
3. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,
4. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten worden sind und
5. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.

(2) Im Übrigen gilt § 8 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und 3 entsprechend.

§ 18

Beteiligung der privaten Krankenversicherung

Im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind diese Mittel dem Strukturfonds zuzuführen. Das Nähere über die Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils vereinbart das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen.“

Zu Nummer 1 (§ 1 – Überschrift)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 2 in die Rechtsverordnung.

Zu Nummer 2 (§ 8 Absatz 1, 3 und 4) – Anmerkung: siehe Neufassung von Absatz 2 Satz 1 durch den 14. Ausschuss

Das Verfahren der Übermittlung der für die Auswertung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds notwendigen Unterlagen wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gestrafft. Künftig sind diese Unterlagen von den Ländern einheitlich an das BVA zu übermitteln und werden von diesem gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weitergeleitet.

Zu Nummer 3 (§ 10 – Überschrift)

Die Regelungen zur Durchführung des Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019 werden im Zweiten Teil der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt.

Zu Nummer 4 (§§ 11 bis 18)

Zu § 11 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b und Nummer 4 Buchstabe b

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den ab dem Jahr 2019 förderungsfähigen Vorhaben. Die strukturverbessernden Wirkungen insbesondere der neuen Fördertatbestände können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Auf diese Weise kann durch die Ausgestaltung des fortgeführten Krankenhausstrukturfonds ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden.

Nach Nummer 1 sind die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen akutstationärer Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses weiterhin förderungsfähig. Insoweit gilt die bisherige Rechtslage fort. Wegen der pauschalierten Berechnung der im Fall einer Schließung förderungsfähigen Kosten (vgl. § 12 Absatz 1 Nummer 1), ist es künftig nicht mehr erforderlich, dass mindestens eine Abteilung eines Krankenhauses geschlossen wird. Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Nummer 2 fokussiert die Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen auf solche, die aus gesundheitspolitischen Erwägungen in besonderem Maß förderungsfähig sind. Damit wird sichergestellt, dass mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds möglichst durchgreifende strukturelle Verbesserungen erzielt werden.

Nach Buchstabe a kann insbesondere die Konzentration von akutstationären Versorgungseinrichtungen zur Behandlung schwerwiegender oder komplexer Erkrankungen gefördert werden. Ziel dieser Regelung ist, dass die Behandlung dieser Erkrankungen in Zentren gebündelt wird, die über die größtmögliche medizinische Kompetenz zur Behandlung solcher Erkrankungen verfügen. Da allgemeingültige Kriterien für die Abgrenzung schwerwiegender Erkrankungen nicht existieren, wird für die Förderungsfähigkeit an das Bestehen von Mindestmengen oder Mindestfallzahlen angeknüpft. Derartige Mindestmengen oder Mindestfallzahlen existieren typischerweise für solche Erkrankungen, deren Behandlung komplex und medizinisch anspruchsvoll ist, und bei denen das Erreichen der Mindestfallzahlen typischerweise zu Qualitätsverbesserungen führt. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindestmengen für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre und an der Bauchspeicheldrüse, für Kniegelenk-Totalendoprothesen, für Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantationen sowie für die Versorgung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1 250 Gramm beschlossen. Da eine Förderungsfähigkeit auch dann gegeben ist, wenn die Länder in ihren Krankenhausplänen Mindestfallzahlen für bestimmte Erkrankungen festgelegt haben, unterliegt es ihrem krankenhausplanerischen Ermessen, für welche schwerwiegenden oder komplexen Erkrankungen eine Bildung von Zentren, etwa von Transplantationszenten, gefördert wird. Mindestfallzahlen können sich aus Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen oder aus Leitlinien ergeben. Die Bildung derartiger Zentren trägt zum einen dazu bei, dass die beteiligten Versorgungseinrichtungen eher in der Lage sind, die maßgeblichen Mindestmengen oder Mindestfallzahlen zu erreichen.

Buchstabe b dient in gleicher Weise der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener Erkrankungen, indem die Zusammenlegung akutstationärer Versorgungseinrichtungen zur Behandlung derartiger Erkrankungen gefördert wird. Nachhaltige Verbesserungen in Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen sind insbesondere durch eine Bündelung der medizinischen Behandlungskompetenz erreichbar.

Eine Zentralisierung der Behandlungskapazitäten für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen kann auch eine Verbesserung der Ausstattung mit dem erforderlichen Pflegepersonal bewirken. Dies ist bei der Behandlung dieser Erkrankungen von besonderer Bedeutung, da hierfür in der Regel fachlich besonders geschultes Pflegepersonal erforderlich ist.

Nach Buchstabe c können auch Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen von Krankenhäusern gefördert werden, die eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines wettbewerbsrechtlich zulässigen Krankenhausverbunds vereinbart haben. Dies ermöglicht es den beteiligten Krankenhäusern, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden und die Abstimmung von Kompetenzen untereinander voranzutreiben. Als Folge des Abbaus nicht bedarfsgerechter Doppelstrukturen kann auch das Pflegepersonal effizienter in den Verbundkrankenhäusern eingesetzt werden und auf diese Weise ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden. Durch diese Förderung werden zugleich Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, sich zu auf Dauer angelegten Krankenhausverbünden zusammenzuschließen.

Nach Nummer 3 wird – wie in der Vergangenheit auch – die Umwandlung eines Krankenhauses oder von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung gefördert. Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem § 1 Absatz 1 Nummer 3. Klargestellt wird, dass die Umwandlung eines ganzen Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung voraussetzt, dass mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen ist.

Die Förderung nach Nummer 4 dient der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind, und der Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen.

Krankenhäuser mit mindestens 30 000 vollstationären Fällen im Jahr sind auf Grund des BSI-Gesetzes verpflichtet, bis zum 30. Juni 2019 organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen, um ihre IT-Systeme auf den Stand der Technik zu bringen. Die konkreten Anforderungen, die hiermit verbunden sind, werden zurzeit von den Fachkreisen erarbeitet und mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmt. Die hieraus resultierenden Anpassungen im Hinblick auf Investitionen in die IT-Ausstattung und in baulicher Hinsicht können aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Wegen der überragenden Bedeutung der IT-Sicherheit Kritischer Infrastrukturen werden die betroffenen Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen unterstützt. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Maßnahmen unmittelbar durch die technischen Anforderungen an die IT-Sicherheit bedingt sind.

Ebenfalls gefördert werden kann die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern. In Betracht kommen hierbei etwa telemedizinische Schlaganfallnetzwerke. Auf diese Weise kann die besondere medizinische Kompetenz etwa von spezialisierten Zentren auch für andere Krankenhäuser verfügbar gemacht werden. Hierdurch wird eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung gefördert. Sobald Dienste der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und für die Nutzung telemedizinischer Anwendungen geeignet sind, werden die telemedizinischen Netzwerkstrukturen nur gefördert, wenn sie diese Dienste nutzen. Hierdurch werden Insellösungen verhindert und Effizienzgewinne durch eine gemeinsame Infrastruktur ermöglicht. Solange noch keine Dienste der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen, können alternative Dienste genutzt werden. Für die technische Ausgestaltung telemedizinischer Netzwerke sollen bestehende Standards und Vereinbarungen für telemedizinische Dienste, wie etwa die technischen Anforderungen in der „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung“ zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 291g Absatz 1 SGB V, als Orientierungshilfe herangezogen werden.

Nach Nummer 5 kann die Bildung integrierter Notfallzentren gefördert werden. Integrierte Notfallzentren tragen zu einer Steigerung der Effizienz der Notfallversorgung und damit auch zu einer Entlastung des Pflegepersonals in den derzeitigen Notaufnahmen der Krankenhäuser bei, dass infolgedessen für andere pflegerische Aufgaben eingesetzt werden kann. Die Förderung der Bildung dieser Notfallzentren trägt der Zielsetzung des Koalitionsvertrags Rechnung, zur Verbesserung der Notfallversorgung integrierte Notfallzentren aufzubauen. Die erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Rahmen der Umsetzung des Koalitionsvertrags geschaffen. Es ist Aufgabe der Länder, die Standorte dieser integrierten Notfallzentren planerisch festzulegen.

Nummer 6 enthält die notwendige Flankierung der Maßnahmen dieses Gesetzes zur Verbesserung der Pflegesituation in Krankenhäusern. Soweit Engpässe in Bezug auf die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal auf unzureichenden Ausbildungskapazitäten beruhen, ist es sachgerecht, die Erweiterung bestehender oder die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds zu fördern. Nicht förderungsfähig sind dagegen bloße Modernisierungsmaßnahmen bestehender Ausbildungsstätten.

Zu Absatz 2

Ebenso wie bisher werden zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur neue Vorhaben gefördert, d. h. Vorhaben, deren Umsetzung erst nach dem 1. Januar 2019 begonnen hat.

Zu Absatz 3

Die Regelung übernimmt die bisherige Rechtslage, wonach die Förderung eines Schließungsvorhabens ausgeschlossen ist, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit einem Kapazitätsaufwuchs besteht.

Zu § 12

§ 12 grenzt die im Einzelnen förderungsfähigen Kosten ab.

Zu Absatz 1 – Anmerkung: siehe wesentliche Erhöhung der Pauschbeträge in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 durch den 14. Ausschuss

Nach Nummer 1 werden die förderungsfähigen Kosten im Fall einer vollständigen und ersatzlosen Schließung akutstationärer Einrichtungen eines Krankenhauses aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung pauschaliert. Dies vereinfacht die Stellung von Förderanträgen durch die Länder, da eine detaillierte Ermittlung der Kosten einer Schließung nicht mehr erforderlich ist. Ebenso wird die Antragsprüfung und -entscheidung durch das BVA vereinfacht und beschleunigt. Die Vorschrift sieht gestaffelte Förderbeträge vor, um Anreize für einen Abbau nicht bedarfsgerechter Krankenhausbetten zu schaffen. Nicht förderungsfähig ist ein Bettenabbau im Bagatellbereich von bis zu zehn Krankenhausbetten, da hiervon keine ausreichend wirksamen strukturellen Verbesserungen ausgehen. Auf Grund dieser gestaffelten Pauschalierung ist das bisherige Kriterium, dass mindestens eine Abteilung geschlossen werden muss, entbehrlich. Die hiermit verbundenen Abgrenzungsfragen entfallen daher künftig. Die Höhe der Pauschalbeträge orientiert sich an entsprechenden Regelungen in den Krankenhausgesetzen der Länder und an den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds.

Von einer Pauschalierung ausgenommen sind die Kosten, die bei einer vollständigen, ersatzlosen Schließung eines ganzen Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts entstehen. Die in diesen Fällen entstehenden Kosten, insbesondere die Kosten für Sozialpläne oder Ablösezahlungen an Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung lassen sich durch Pauschalbeträge nicht sachgerecht abbilden. In diesen Fällen sind daher wie bisher die gesamten mit der Schließung verbundenen Kosten förderungsfähig.

Nummer 2 übernimmt die bisherige Rechtslage zu den förderungsfähigen Kosten bei Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen und erweitert diese auf Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallzentren.

Soweit ein Konzentrationsvorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die dort in den Buchstaben a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, richtet sich nach Nummer 3 die Höhe der förderungsfähigen Kosten nach Absatz 1. Das bedeutet, dass solche Vorhaben mit den in Absatz 1 aufgeführten Pauschalbeträgen je abgebautem Bett gefördert werden. Wird im Zusammenhang mit dem Vorhaben ein ganzes Krankenhaus oder ein Krankenhausstandort geschlossen, werden die Kosten der Schließung und die erforderlichen Baumaßnahmen am aufnehmenden Standort gefördert.

Nummer 4 umschreibt die Kosten, die bei Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen von Krankenhäusern erforderlich sind. Durch die Begrenzung der förderungsfähigen Kosten für bauliche Maßnahmen wird sichergestellt, dass der weit überwiegende Teil der Förderung nicht in der Anpassung baulicher Gegebenheiten, sondern im Bereich der informations- und kommunikationstechnischen Anlagen liegt.
Im Rahmen der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegepersonal sind nach Nummer 5 die erforderlichen baulichen Maßnahmen und die erstmalige Ausstattung förderfähig.
Zu Absatz 2
Die Regelung stellt klar, dass nachbetriebliche Kosten entsprechend der Förderpraxis der Länder nur in eingeschränktem Umfang förderfähig sind. Die Klarstellung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung.
Zu Absatz 3
Absatz 3 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Förderungsfähigkeit der Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, das ein Krankenhausträger zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen hat, sowie zur zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.
Zu § 13
Zu Absatz 1
Absatz 1 übernimmt die geltende Regelung zur Veröffentlichung der auf die einzelnen Länder entfallenden Fördermittel.
Zu Absatz 2
Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Schätzung der Höhe der Aufwendungen des BVA für die Verwaltung des Strukturfonds und für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels und überträgt sie auf den neuen Förderzeitraum.
Zu Absatz 3
Zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens und zur Verbesserung der Transparenz entfallen die bisherigen Berichte des BVA an das Bundesministerium für Gesundheit und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Künftig wird das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf der Internetseite des BVA veröffentlicht, um dem Informationsbedürfnis der Beteiligten Rechnung zu tragen.
Zu Absatz 4
Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Durchführung des Förderverfahrens und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.
Zu § 14
Zu Absatz 1
Absatz 1 übernimmt die bisherigen Regelungen zur Antragstellung in § 4 Absatz 1 und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an.
Zu Absatz 2
Die Vorschrift konkretisiert, welche Unterlagen einem Antrag beizufügen sind, damit die Anträge vom BVA geprüft werden können. Soweit die bisherigen Fördertatbestände weitergelten, übernimmt sie die bisher geltenden Regelungen mit den notwendigen Anpassungen. In Bezug auf die neuen Fördertatbestände wird die bisherige Konzeption fortgeführt, wonach die Länder auf Grund ihrer größeren Sachnähe zu den jeweiligen stationären Versorgungsstrukturen das Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen prüfen und dem BVA bestätigen.
Zu § 15
Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zu den Auszahlungsbescheiden des BVA und passt sie an dien für den neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.
Zu § 16
Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung der Fördermittel und passt sie an den neuen Förderzeitraum an.
Zu § 17
Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Auswertung der Wirkungen der Förderung und passt sie an den neuen Förderzeitraum an. Um eine Evaluation zu ermöglichen, ob der mit der Förderung für die Krankenhäuser und die Länder verbundene Erfüllungsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zur Zielsetzung des Krankenhausstrukturfonds steht, sind auch insoweit aussagekräftige Unterlagen an das BVA zu übermitteln.
Zu § 18
Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 2 (§ 8)
Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 1)
Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Verwendungsnachweise – ebenso wie die Unterlagen über die Auswertung der Wirkungen der Förderung – nur dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind, nicht aber alternativ auch der mit der Auswertung beauftragten Stelle. Die Regelung trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei. Zum anderen erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, die Frist für die Vorlage der Verwendungsnachweise in begründeten Ausnahmefällen einmalig zu verlängern. Dies kann angezeigt sein, wenn sich die Erstellung geprüfter Verwendungsnachweise durch die Länder wegen verspäteter Rechnungsstellungen oder der Erforderlichkeit von Mängelbeseitigungen verzögert. Diese Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.
Zu den Buchstaben c und d (Absatz 3 und 4)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des Buchstabens b. – Anmerkung: Buchstaben b und c werden c und d
Zu Nummer 4
Zu § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b und Nummer 4 Buchstabe b
Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Einschränkung der Förderung zentrumsbildender Maßnahmen durch Konzentration von Versorgungskapazitäten zur Behandlung schwerwiegender, komplexer und seltener Erkrankungen auf solche Vorhaben, mit denen die entsprechenden Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Krankenhäusern an den Hochschulkrankenhäusern konzentriert werden. Darüber hinaus werden die Hochschulkrankenhäuser in die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einbezogen.
Zu § 12 Absatz 1 Nummer 1
Um die Anreize für die Krankenhausträger, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, weiter zu erhöhen, werden die Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten gefördert werden kann, deutlich erhöht. Dies trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung. Bleiben die tatsächlichen Kosten im Einzelfall hinter den erhöhten Pauschalbeträgen zurück, ist die Förderung auf die Höhe der tatsächlichen Kosten begrenzt. Bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts bleibt es dabei, dass die Kosten der Schließung in voller Höhe gefördert werden.

Artikel 6 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 16 wird folgender § 15a vorangestellt:

„§ 15a

Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung

(1) Bei der Durchführung der folgenden infektionshygienischen oder hygienischen Überwachungen unterliegen Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die jeweilige Überwachung von Bedeutung sind, den in Absatz 2 genannten Pflichten und haben die mit der jeweiligen Überwachung beauftragten Personen die in Absatz 3 genannten Befugnisse:

1. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 23 Absatz 6 und 6a,
2. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 36 Absatz 1 und 2,
3. hygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 37 Absatz 3 und
4. infektionshygienische Überwachung durch die zuständige Behörde nach § 41 Absatz 1 Satz 2.

(2) Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die Überwachung von Bedeutung sind, sind verpflichtet, den mit der Überwachung beauftragten Personen auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle zu erteilen und Unterlagen einschließlich dem tatsächlichen Stand entsprechende technische Pläne vorzulegen. Der Verpflichtete kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden; Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.

(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, befugt,

1. Betriebsgrundstücke, Betriebs- und Geschäftsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten und zu besichtigen,
2. sonstige Grundstücke sowie Wohnräume tagsüber an Werktagen zu betreten und zu besichtigen,
3. in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen,
4. sonstige Gegenstände zu untersuchen oder
5. Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen.

Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde oder des Gesundheitsamtes die Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstigen Gegenstände zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(4) Weitergehende Pflichten und Befugnisse, insbesondere unter den Voraussetzungen der §§ 16 oder 17 oder nach den Vorschriften des 5. Abschnitts, bleiben unberührt.“

2. § 23 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 8 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
      bb) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
      cc) Die folgenden Nummern 10 und 11 werden angefügt:
         „10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, und
         11. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
   b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 6 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
      bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
      cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
         „8. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
   c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:
      „(6a) Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen.“
   d) Absatz 7 wird aufgehoben.
3. § 36 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 Nummer 7 werden die Wörter „nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende“ vorangestellt.
   b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf andere von der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zugelassene Befunde“ eingefügt.

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:
„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die auf Grund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:
1. das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten,
2. die jeweils betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation,
3. Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 sowie
4. die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist.
Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

e) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

f) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:
„(8) Die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden oder die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, Geburtsname, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt. Zu diesem Zweck können die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die gemäß Satz 2 zu übermittelnden Daten bei den in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen erheben.“

g) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wird wie folgt gefasst:
„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

4. § 37 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.
5. § 41 Absatz 1 Satz 3 bis 5 wird aufgehoben.
6. § 69 Absatz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:
„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 bis 7.“
7. § 73 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
   a) Die Nummern 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
   „3. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 29 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 32 Satz 1, eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt,
   4. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, eine Unterlage nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
   5. entgegen § 15a Absatz 3 Satz 2, § 16 Absatz 2 Satz 2, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 51 Satz 2 ein Grundstück, einen Raum, eine Anlage, eine Einrichtung, ein Verkehrsmittel oder einen sonstigen Gegenstand nicht zugänglich macht,“.
   b) In Nummer 19 wird die Angabe „oder 3“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.

Zu Nummer 2 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7) – Anmerkung: siehe Anfügen als Nummer 10 durch den 14. Ausschuss
Durch die Ergänzung von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird klargestellt, dass auch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, zu den medizinischen Einrichtungen gehören, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Insbesondere von Gesundheitsämtern werden entsprechende Tätigkeiten ausgeübt, bei denen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einzuhalten sind, etwa Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose und ihre Behandlung (§ 19 Absatz 1), Impfungen (§ 20 Absatz 5) oder medizinische Untersuchungen im Rahmen von Ermittlungen (§ 25 Absatz 3). Aus der Regelung ergibt sich in Verbindung mit den Empfehlungen der KRINKO auch, inwieweit aus Gründen des Drittschutzes Beschäftigte entsprechender Einrichtungen Impfschutz bzw. natürliche Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten aufweisen sollten. Für die Umsetzung der Anforderungen an den Impf- oder Immunschutz findet § 23a Anwendung. Insoweit wird mit der Regelung einer Forderung der Länder nachgekommen. Bei Beschäftigten, die keine medizinische Diagnostik, Präventionsmaßnahmen oder keine

ambulante Behandlung vornehmen und für deren Tätigkeit keine Empfehlungen der KRINKO gelten, bestimmt sich die Zulässigkeit der Verarbeitung von Beschäftigtendaten über den Impf- oder Serostatus nach den Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts (§ 23a Satz 2), insbesondere nach § 26 Absatz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes.
Zu Nummer 3 (§ 36) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Zu Buchstabe c (Absatz 4 Satz 3)
Künftig soll es der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle möglich sein, (zum Beispiel auf Grundlage von Empfehlungen des Robert Koch-Instituts bzw. von Fachgesellschaften) anzuordnen, dass das vorzulegende ärztliche Zeugnis sich nicht mehr ausschließlich auf eine erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen muss, sondern auch andere Befunde (z. B. immunologische Untersuchungsmethoden) zulässig sein können. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, zukünftig die Anzahl von Röntgenuntersuchungen und damit die Strahlenexposition zu reduzieren, etwa wenn das Ergebnis der anderen Untersuchungsmethode eine Lungentuberkulose ausschließt und die Notwendigkeit einer Röntgenuntersuchung somit nicht gegeben ist. Unverändert bleibt das Ziel der Regelung, ansteckungsfähige Lungentuberkulosen auszuschließen.
Zu Buchstabe d (Absatz 6)
Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 AsylG aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren. Aufgrund ihrer Herkunft können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die sich zum Beispiel in Ausbruchsgebieten bzw. Hochprävalenzgebieten aufhielten und die wahrscheinlich mit erkrankten Personen in Kontakt gekommen sein können. Aufgrund ihrer Lebenssituation können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die zum Beispiel über einen längeren Zeitraum hinweg keinen ausreichenden Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung hatten.
Auch bei einer Unterbringung außerhalb einer Gemeinschaftsunterkunft kann aus Sicht des Infektionsschutzes eine gesundheitliche Untersuchung zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich sein. Auch Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren und die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen können insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kitas, etc.) in engen Kontakt mit anderen Menschen treten. Eine vorherige Gesundheitsuntersuchung kann daher sinnvoll und notwendig sein.
Dazu können zum Beispiel Menschen gehören, die aus Krisengebieten in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, oder auch bestimmte nachziehende Familienangehörige zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten und weitere Personengruppen, die einen Asylantrag stellen und die nicht nach §§ 47, 53 AsylG in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen haben (nach § 14 Absatz 2 AsylG), wenn bei ihnen die entsprechenden Kriterien für ein erhöhtes Infektionsrisiko vorliegen.
Mit dieser Regelung soll zum Schutz der öffentlichen Gesundheit eine Lücke geschlossen werden. So hat sich am Beispiel der nach IfSG gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen (zu der im Gegensatz zu den meisten anderen meldepflichtigen Krankheiten überhaupt Daten zur Staatsangehörigkeit und zum Geburtsstaat erhoben werden) gezeigt, dass in den vergangenen Jahren der Anteil der im Ausland geborenen Tuberkulose-Patienten kontinuierlich angestiegen ist. Im Jahr 2016 lagen rund drei Viertel der in Deutschland registrierten Erkrankungsfälle bei Patienten vor, die aus dem Ausland stammen (RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016). Die meisten Patienten stammten aus Somalia, Eritrea, Afghanistan und Syrien. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der gemeldeten Tuberkulose-Fälle der letzten Jahre wurde im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG und § 36 festgestellt.
Solche Gesundheitsuntersuchungen würden neben der öffentlichen Gesundheit zugleich auch den betroffenen Personen selbst und ihren Familien zu Gute kommen, weil entsprechend entdeckte Krankheiten (insbesondere Tuberkulose) frühzeitiger behandelt werden können. Der vorgesehene Eingriff steht daher mit dem Zweck der Vorschrift, die öffentliche Gesundheit sowie die Gesundheit der betroffenen Personen zu schützen, in einem angemessenen Verhältnis.
Durch die Einfügung eines Absatz 6 werden die Landesregierungen daher ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist (Satz 1 erster Halbsatz). Gemäß Satz 1 zweiter Halbsatz gilt für die Zeugnisvorlagepflicht § 34 Absatz 4 IfSG entsprechend.
Absatz 6 Satz 2 sieht vor, dass Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss bestimmter schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden (Satz 2 erster Halbsatz). Für einen Widerspruch oder eine Anfechtungsklage gegen ihre Anordnung gilt Absatz 5 Satz 5 (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung) entsprechend (Satz 2 zweiter Halbsatz).
Sofern in Einzelfällen bei von der jeweiligen Rechtsverordnung erfasste Personen bereits eine entsprechende Untersuchung nach Absatz 5 Satz 1 oder § 62 AsylG durchgeführt wurde, muss statt des Zeugnisses eine entsprechende Bescheinigung vorgelegt werden. Es sollen nur Personen erfasst werden, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind.
Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 1 sind in der Rechtsverordnung nach Satz 1 das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten zu bestimmen.
Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 2 sind die betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation zu bestimmen. Für die zuständigen Behörden gilt § 54 IfSG.
Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 3 sind des Weiteren die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 zu bestimmen (vgl. auch die ähnliche Regelung in § 62 Absatz 1 Satz 2 AsylG).
Schließlich ist die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist, nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 4 in der Rechtsverordnung festzulegen.
Welches jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten der Rechtsverordnung jeweils zugrunde liegt, bestimmt sich nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und kann daher unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (auch in gemeinsamer Erarbeitung mit Fachgesellschaften) ermittelt werden (Absatz 6 Satz 4).
Nach Absatz 6 Satz 5 können die Landesregierungen die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen über-

tragen, hier kommen insbesondere die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die zuständigen Landesoberbehörden in Betracht.
Zu Buchstabe e – Anmerkung: Absatz 6 wird Absatz 7
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe d.
Zu Buchstabe f (Absatz 8)
In Absatz 8 sind notwendige Datenübermittlungsregelungen an die zuständigen Gesundheitsbehörden enthalten, um die letztgenannten Behörden in die Lage zu versetzen, entsprechende Personen auch ansprechen zu können. Die jeweilige Übermittlungsbefugnis beschränkt sich auf die jeweils nach der Rechtsverordnung erfassten Personen.
Zu Buchstabe g (Absatz 9)
Auch durch die neu eingefügte Regelung des Absatzes 6 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) eingeschränkt. Es werden daher in die Zitiervorschrift des Absatzes 9 (bisher Absatz 7) die Absätze 4 bis 7 einbezogen.
Zu Nummer 6 (§ 69)
Es handelt sich um eine Klarstellung, dass alle ärztlichen Untersuchungen auf Grundlage des § 36 Absatz 5 bis 7 aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind.
Zu Nummer 7 (§ 73)
Auch die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz soll künftig bußgeldbewährt sein.
Gleiches gilt für die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz, die bislang nicht bußgeldbewährt war.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Nummer 1 (§ 15a)
Die Zielsetzung des Vorschlags Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) wird in abgewandelter Form umgesetzt. Es werden Regelungen dazu getroffen, dass die Gesundheitsämter ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege außerhalb eigener Räumlichkeiten z. B. zur außerklinischen Beatmungspflege in sogenannten „Beatmungs-WGs" leisten, auch an dem Ort, an dem die Intensivpflege erbracht wird, infektionshygienisch überwachen können.
Mit dem neuen § 15a wird eine eigenständige und zentrale Regelung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) über die Verpflichtungen von Personen und die Befugnisse des Gesundheitsamtes bzw. der zuständigen Behörde bei der Erfüllung von Überwachungsaufgaben geschaffen. Dadurch wird mehr Rechtsklarheit insbesondere über den Umfang der behördlichen Befugnisse bei der Überwachung geschaffen. Wiederholungen in den verschiedenen Abschnitten des IfSG werden vermieden. Aufgrund ihrer Zielrichtung, die Verhütung übertragbarer Krankheiten zu fördern, wird die Regelung am Anfang des 4. Abschnitts eingeordnet.
Absatz 1 regelt den Anwendungsbereich der Vorschrift.
Die Absätze 2 und 3 greifen die bisherigen Regelungen in § 23 Absatz 7 und § 36 Absatz 3 auf und schaffen zudem auch für die Überwachungen nach § 37 Absatz 3 Satz 2 und § 41 Absatz 1 Satz 3 an die Situation der Überwachung angepasste Rechtsgrundlagen.
Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 regelt eine Befugnis der mit der Überwachung betrauten Personen zum Betreten und Besichtigen von Grundstücken, die nicht unter Nummer 1 fallen, und Wohnräumen. Diese Befugnisse werden mit Blick auf die Stellungnahme des Bundesrates im Rahmen der Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, benötigt. Darüber hinaus können diese Befugnisse in Einzelfällen auch bei anderen Überwachungen erforderlich sein, etwa für die Entnahme von Trinkwasserproben aus einer Hausinstallation, für das Betreten von Wohnräumen in einem Pflegeheim oder für die Überwachung von Einrichtungen zur Abwasserbeseitigung, wenn es sich bei dem Abwasserbeseitigungspflichtigen um eine Privatperson handelt. Die Ausübung der Befugnis wird – analog zu Nummer 1 – auf einen zeitlichen Rahmen beschränkt. Absatz 3 Satz 3 setzt das Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes um im Hinblick auf den sich aus Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 ergebenen Eingriff in das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) zur Bekämpfung von Seuchengefahr.
Absatz 4 stellt klar, dass die sich aus anderen Vorschriften des Gesetzes ergebenden weitergehenden Pflichten und die Befugnisse für Ermittlungen oder Maßnahmen unberührt bleiben.
Zu Nummer 2 (§ 23)
Zu Buchstabe a (Absatz 3)
Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 10 wird die Empfehlung Nummer 23 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 123) umgesetzt.
Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 werden im Hinblick auf Vorschlag Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, aufgrund der Infektionsrisiken und des medizinischen Charakters der erbrachten Leistungen der allgemeinen Pflicht zur Verhütung nosokomialer Infektionen und zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, nach § 23 Absatz 3 unterworfen.
Zu Buchstabe b (Absatz 5)
Die ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, haben Hygienepläne zu erstellen. Eine entsprechende Verpflichtung ergab sich bislang bereits aus § 36 Absatz 1 Nummer 7.
Zu Buchstabe c (Absatz 6a)
Satz 1 stellt klar, dass die Überwachung der ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, sich auch auf die Orte erstreckt, an denen die Leistungen der Intensivpflege erbracht werden. Das Gesundheitsamt wählt aus, an welchen dieser Orte es Überwachungsmaßnahmen durchführt. Hierfür regelt Satz 2 eine Pflicht des Pflegedienstes zur Auskunft über die erforderlichen Kontaktdaten. Mithilfe der Kontaktdaten kann das Gesundheitsamt vor der Durchführung von Überwachungsmaßnahmen mit den Intensivpflegebedürftigen bzw. ihren Vertretungsberechtigten Kontakt aufnehmen, um die Durchführung der Überwachung unter Berücksichtigung von Interessen der Pflegebedürftigen zu organisieren. Dabei kann auch das Einverständnis in das Betreten der Wohnräume eingeholt werden, so dass es insofern eines Gebrauchs der Befugnisse nach § 15a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr bedarf.
Zu Buchstabe d (Absatz 7) – aufgehoben
Absatz 7 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.
Zu Nummer 3 (§ 36)
Zu Buchstabe a (Absatz 1 Nummer 7)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe b. (Anmerkung: § 23 Absatz 5)
Zu Buchstabe b (Absatz 3) – aufgehoben
Absatz 3 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr in § 15a ge-

regelt sind.
Zu Buchstabe c bis e (Absatz 4, 6 und 7)
Entspricht dem Gesetzentwurf der Bundesregierung.
Zu Buchstabe f (Absatz 8)
Die Verordnungen nach § 36 Absatz 6 und 7 IfSG bestimmen jeweils den Umfang der zu erfassenden Personen und daher auch die Gebiete, aus denen diese Personen einreisen. Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeiliche Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden den Gesundheitsbehörden Daten über die Personen übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben. Sofern bei den jeweiligen mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die Daten nach Satz 2 noch nicht vorliegen, werden sie nach Satz 3 ermächtigt, diese Daten bei den in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 6 Satz 1 IfSG oder in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 7 Satz 1 IfSG genannten Personen zu erheben.
Zu Buchstabe g (Absatz 9)
Entspricht dem Gesetzentwurf der Bundesregierung.
Zu Nummer 4 (§ 37 Absatz 3)
Die Sätze 2 und 3 können aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.
Zu Nummer 5 (§ 41 Absatz 1)
Die Sätze 3 und 4 können aufgehoben werden, da die Befugnisse der zuständigen Behörde im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind. Satz 5 kann im Hinblick auf den neuen § 15a Absatz 4 entfallen.
Zu Nummer 6 (§ 69 Absatz 1 Nummer 11)
Entspricht dem Gesetzentwurf der Bundesregierung.
Zu Nummer 7 (§ 73 Absatz 1a)
Zu Buchstabe a (Nummer 3 bis 5)
Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 1, Nummer 2 Buchstabe d, Nummer 3 Buchstabe b, Nummer 4 und Nummer 5. Einzelne Lücken bei den Bußgeldbewehrungen werden geschlossen. Die Reihenfolge der Nummern 3 bis 5 wird an den neuen § 15a angepasst.
Zu Buchstabe b (Nummer 19)
Entspricht dem Gesetzentwurf der Bundesregierung.

Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anmerkung: Sowohl die Gesetzesänderungen als auch die Begründungen sind im SGB V-Handbuch eingearbeitet.

Artikel 8* – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:
   a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
   „Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.“
   b) Der neue Satz 10 wird aufgehoben.
   c) Folgender Satz wird angefügt:
   „Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“
2. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   aa) In Nummer 6 werden nach der Angabe „3c“ die Wörter „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung“ eingefügt.

bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die“ gestrichen.

b) In Absatz 8 Satz 7 werden im zweiten Halbsatz die Wörter „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und“ gestrichen.

*Anmerkung: Inkrafttreten 2. August 2018

Zu Nummer 1 (§ 8)
Zu Buchstabe a (Satz 3 bis 9)
Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden neu gefasst.
Einerseits wird hierdurch die bisherige Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms bei der Neufassung nicht mehr berücksichtigt. Damit wird gewährleistet, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in der vereinbarten Höhe verbleiben. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen.
Andererseits wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags vorgenommen.
Der Pflegezuschlag ist im KHEntgG geregelt und soll dementsprechend in den Krankenhäusern Anwendung finden, die nach dem KHEntgG ihre Budgets verhandeln und ihre Leistungen abrechnen. Das trifft auf Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag nicht zu, so dass deren Pflegepersonalkosten nicht in die Datengrundlage der Berechnung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG einzubeziehen sind. Zudem werden in der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und in der Psychosomatik bei der Berechnung der Personalkosten für das Pflegepersonal nicht berücksichtigt. Dagegen rechnen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in ihren somatischen Fachabteilungen nach den Vorgaben des KHEntgG ab. Insoweit ist auch in diesen Einrichtungen der Pflegezuschlag in Anwendung zu bringen.
Durch ein Inkrafttreten im Jahr 2018 ist die neue Berechnungsmethodik erstmals für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden. Dies gilt für die Ausführungen zu Buchstabe b entsprechend.
Zu Buchstabe b (Satz 10) – aufgehoben
Für den Fall unterjähriger Tarifvereinbarungen hat der Gesetzgeber mit § 8 Absatz 10 Satz 10 neuer Zählung die Option einer unterjährigen Tarifrefinanzierung eröffnet. Für eine praktikable Erhöhung der unterjährig vereinbarten Erhöhungsrate zur Tarifrefinanzierung sprechen sich die Vertragsparteien auf Bundesebene jedoch für eine vollständige Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert aus und haben dies z. B. auch für die Landesbasisfallwerte 2018 so umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wird die Regelung zur Rechtsbereinigung aufgehoben.
Zu Buchstabe c (Satz 11)
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen werden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu zahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Pflegepersonalkosten, die bis Ende des Jahres 2019 mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, werden ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten.
Zu Nummer 2 (§ 10)
Zu Buchstabe a (Absatz 3 Satz 1)
Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung sind bislang absenkend und Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erhöhend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Um zu ermöglichen, dass die Höhe der Zu- und Abschläge von den Vertragsparteien auf Bundesebene unabhängig von möglichen Rückwirkungen auf den Landesbasisfallwert vereinbart wird, geben die Änderungen der Nummern 6 und 7 vor, dass Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung wie auch Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zukünftig keine absenkende oder erhöhende Auswirkung auf den Landesbasisfallwert haben. Vielmehr werden die entsprechenden Zu- oder Abschläge zukünftig ohne eine Verbindung zum Landesbasisfallwert vergütet. Die Änderung ist erforderlich, um die Erfüllung der Vorgaben über strukturelle, personelle und apparative Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung, die sich aus dem Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelung zu einem gestuften System zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern vom 19. April 2018 ergeben, sachgerecht zu finanzieren. Dies betrifft die mit der Vorhaltung einhergehenden Kosten.
Zu Buchstabe b (Absatz 8 Satz 7)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Rückwirkung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf den Landesbasisfallwert.

Artikel 9 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:
   „3a. ein Pflegebudget nach § 6a,“.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2a wird aufgehoben.
   b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a und wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden“ ersetzt.
      bb) Satz 2 wird aufgehoben.
      cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen.

dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.
ee) Im bisherigen Satz 8 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.
ff) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.
bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden.“
cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015“ durch die Wörter „zu dem zum 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte“ ersetzt.
dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.
ee) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:
„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“
ff) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:
„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:
1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“
gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:
„Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.“

e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:
„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 auf Verlangen des Krankenhauses einen zusätzlichen Betrag, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr- oder Mindererlösen gelten entsprechend.“

f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Infektionsprävention“ die Wörter „(Bundes-

gesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ eingefügt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 und 7“ durch die Wörter „Satz 3 und 6“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt: „Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“

bb) Folgender Satz wird angefügt: „Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“

4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht

1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
2. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.

(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.

(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten

tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.
(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.
(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt. Ist die für das Jahr 2020 zu vereinbarende Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget um mehr als 2 Prozent und für das Jahr 2021 um mehr als 4 Prozent niedriger als der jeweils vereinbarte Vorjahreswert, ist für diese Jahre das Pflegebudget so zu erhöhen, dass damit die Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget für das Jahr 2020 auf 2 Prozent und für das Jahr 2021 auf 4 Prozent begrenzt wird. Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Pflicht zur Rückzahlung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nach der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8. Satz 3 findet keine Anwendung bei einer Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget auf Grund von Leistungsrückgängen.“

5. § 7 wird wie folgt geändert:
   a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:
      „6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,“.
   b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Nr. 3, 5 und 6“ durch die Wörter „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6“ durch die Wörter „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.
6. § 8 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
      bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt: „5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll- oder teilstationären Belegungstag.“
   b) Absatz 3 wird aufgehoben.
   c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt: „In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
         „2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“.
      bb) In Nummer 3 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1, 2 und 2a“ ersetzt.
      cc) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 bis 9 ersetzt:
         „7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,
         8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,
         9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“
   b) Absatz 1a Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
      „6. jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.“
8. § 10 wird wie folgt geändert:
   a0) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
      „Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“
   a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt: „Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“
   b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
      bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst: „Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils

50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrate ist für
1. den Bereich des Pflegepersonals,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen.“

cc) In Satz 5 werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.

dd) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst: „Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate vorzunehmen.“

b1) Absatz 12 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Satz 1 wird folgender Satz vorangestellt: „Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung von Patientinnen oder Patienten verwendet werden, ist für die Verhandlung des Basisfallwerts 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent auf den vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert 2019 ohne Ausgleiche einzurechnen.“

bb) Im bisherigen Satz 1 erster Halbsatz wird vor dem Semikolon ein Komma und werden die Wörter „gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Absatz 6 im Pflegebudget aufgeht“ eingefügt.

c) Absatz 13 wird aufgehoben.

9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt: „In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

10. In § 12 Satz 1 wird nach dem Wort „Erlösbudgets“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets“ eingefügt.

11. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.

12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“

13. § 21 wird wie folgt geändert:

a0) In Absatz 1 werden die Wörter „eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende“ durch die Wörter „die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte“ ersetzt.

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa0) In Buchstabe a werden nach dem Wort „Betten“ die Wörter „und Intensivbetten“ eingefügt.

aaa) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörtern „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ eingefügt und werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.

bbb) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) die Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, jeweils umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach den pflegesensitiven Bereichen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1632) und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie ab dem Datenjahr 2019 jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.

bb) In Nummer 2 Buchstabe e wird nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung“ eingefügt.

a1) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Vereinbarung nach Satz 1 wird ab dem 1. Januar 2019 von der Datenstelle nach Absatz 1 den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend angepasst."
b) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2021" gestrichen.

Zu Nummer 1 (§ 3 Nummer 3a)
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.
Zu Nummer 2 (§ 4)
Zu Buchstabe a (Absatz 2a) – aufgehoben
Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.
Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz bzw. dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde ein Abschlag für zusätzlich im Vergleich zum Vorjahr vereinbarte Leistungen eingeführt (Mehrleistungsabschlag). Der Mehrleistungsabschlag wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung ab dem Jahr 2017 durch den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag ersetzt. Die Regelungen zum Mehrleistungsabschlag in Absatz 2a werden deshalb wegen Zeitablaufs aufgehoben.
Zu Buchstabe b (Absatz 2b wird Absatz 2a)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1) und zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2 – aufgehoben*)*
Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, wird die regelhafte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinausgehend gesetzlich auf 35 Prozent festgelegt. Von der Vorgabe, krankenhausindividuell in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze zu vereinbaren, wurde nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht, so dass der vereinbarte durchschnittliche Abschlagssatz auf diesem Niveau liegt. Mit der Änderung sind daher keine Mehrausgaben verbunden. Durch die dauerhafte gesetzliche Vorgabe können der Verhandlungsaufwand und der Konfliktgehalt der Verhandlungen vermindert werden. In der Folge entfallen auch entsprechende Verhandlungen der Vertragspartner auf Landesebene (vgl. Ausführungen zu § 10 Absatz 13). Zugleich wird die bisher durch § 10 Absatz 13 vorgegebene dreijährige Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags in die geänderte Fassung von Satz 1 übernommen.
Die bisherige Vorgabe durch Satz 2, in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze oder längere Abschlagsdauern zu verhandeln, entfällt, da hiervon nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht wurde.
Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 2 und 3 – neu)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.
Zu Doppelbuchstabe dd (Satz 7 – aufgehoben*)*
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 2a.
Mehrleistungsabschläge nach dem bisherigen § 4 Absatz 2a waren für die Dauer von drei Jahren zu vereinbaren. Dies führt dazu, dass in den Jahren 2017 und 2018 ein nachwirkender Mehrleistungsabschlag für die Jahre 2015 und 2016 zu erheben ist. Die Regelung des bisherigen Satzes 7, dass dieser Mehrleistungsabschlag zum Gesamtbetrag des Fixkostendegressionsabschlags hinzuzurechnen ist, ist somit für die Budgetvereinbarungen für das Jahr 2019 wegen des dann eingetretenen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.
Zu Doppelbuchstabe ee (Satz 8 – jetzt: Satz 6*)*
Es handelt sich um eine sprachliche Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Satzes 7.
Zu Doppelbuchstabe ff (Satz 9 – aufgehoben*)*
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.
Zu Buchstabe c (Absatz 4 Satz 2 – aufgehoben*)*
Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Die Regelung des Satzes 2, nach der dieses Verlangen für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden kann, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.
Zu Buchstabe d (Absatz 8)
Zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege wird das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Anstelle der bislang zum Jahresende vorgesehenen Beendigung der Förderung wird diese über das Jahr 2018 verlängert. Zudem werden die Rahmenbedingungen der Förderung weiter ausgebaut. Zum einen werden zukünftig zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen für die Pflege am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der bisherige zehnprozentige Eigenanteil entfällt für ab dem Jahr 2019 getätigte Neueinstellungen und Personalaufstockungen bei Personalstellen für die Pflege am Bett. Zum anderen wird die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil aufgehoben. Ferner verbleiben die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms weiterhin dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bislang vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Das Pflegestellen-Förderprogramm mit seinen neuen Rahmenbedingungen gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung mittels des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020.
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Mit Satz 1 wird die bisherige zeitliche Befristung des Pflegestellen-Förderprogramms auf die Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben und bis zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020 verlängert. Um einen größeren Anreiz für die zusätzliche Einstellung bzw. Aufstockung von Pflegepersonal am Bett zu schaffen, wird ab dem Jahr 2019 jede zusätzlich besetzte bzw. aufgestockte Pflegestelle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den Kostenträgern umfassend finanziert. Die bisherige Eigenbeteiligung der Krankenhäuser in Höhe von zehn Prozent entfällt.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2 und 3)
Satz 2 sieht für die umfassende Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte am Bett die Vereinbarung eines entsprechenden zusätzlichen Betrags zwischen den Vertragsparteien nach § 11 vor. Damit wird auf die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil verzichtet. Mit Blick auf den entfallenden bisherigen Eigenanteil und die entfallende Budgetobergrenze können die Krankenhäuser zukünftig höhere Beträge mit den Kostenträgern vereinbaren. Jede neu eingestellte Pflegekraft bzw. jede aufgestockte Pflegestelle für die Pflege am Bett wird vollständig finanziert. Ansonsten ist die Vorgehensweise für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags und die Ermittlung und Abrechnung eines krankenhausindividuellen Zuschlags grundsätzlich unverändert

gegenüber der bisherigen Vorgehensweise.
Da zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zukünftig ohne Budgetobergrenze vollständig bezahlt werden, wird der bisherige Satz 3 aufgehoben, der die bisher geltende Budgetobergrenze im Zweijahreszeitraum flexibilisiert hat. Der neue Satz 3 nimmt den Regelungsgehalt des bisherigen Satzes 4 auf und entwickelt ihn weiter. Ein bereits vor der Neuregelung für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 im Rahmen des aktuell laufenden Pflegestellen-Förderprogramms krankenhausindividuell vereinbarter Betrag ist in den Folgejahren um einen zusätzlichen im Jahr 2019 vereinbarten Betrag für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die Pflege am Bett zu erhöhen. Durch die Änderung wird in Verbindung mit dem Wegfall des bisherigen § 8 Absatz 10 Satz 3 zweiter Halbsatz gewährleistet, dass im Rahmen des bisherigen Pflegestellen-Förderprogramms vereinbarte Mittel dauerhaft dem Krankenhaus verbleiben und basiswirksam um die umfassende Finanzierung von zusätzlichen oder aufgestockten Pflegestellen am Bett erhöht werden.
Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 4)
Im neuen Satz 4, dem bisherigen Satz 5, wird der Stichtag für den Nachweis zusätzlichen Pflegepersonals durch einen Vergleichszeitraum ersetzt und an den neuen Förderzeitraum angepasst. Voraussetzung für die Förderung durch das weiterentwickelte Pflegestellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung im Jahr 2018, umgerechnet auf Vollkräfte, zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung neu eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Neueinstellungen zum 1. Januar 2019 werden damit bereits dem neuen Förderzeitraum zugerechnet.
Zu Doppelbuchstabe dd (Satz 5)
Im neuen Satz 5, dem bisherigen Satz 6, wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 3 vorgenommen.
Zu Doppelbuchstabe ee (Satz 8)
In dem neuen Satz 8, dem bisherigen Satz 9, wird mit der Neuregelung des zweiten Halbsatzes vorgegeben, dass im Fall einer geförderten Neueinstellung oder Aufstockung von Pflegestellen und einer später eintretenden Minderung des Pflegepersonals am Bett, der zusätzlich von den Kostenträgern finanzierte Betrag anteilig entsprechend dem geminderten Pflegepersonal zu reduzieren ist. Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass Fördermittel für eine dauerhafte Neueinstellung und Aufstockung der Pflege am Bett bereitgestellt werden, und eine zweckwidrige Inanspruchnahme durch nur kurzzeitige Einstellungen und Aufstockungen verhindert werden. Die Neuregelung ergänzt die unverändert geltende Regelung des ersten Halbsatzes, wonach in Anspruch genommene Mittel, die nicht für Neueinstellungen oder Aufstockungen verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.
Zu Doppelbuchstabe ff (Satz 9)
Der neue Satz 9 nimmt den zweiten Halbsatz des bisherigen Satzes 8 auf und entwickelt diesen weiter. Der neue Satz 9 bildet die Grundlage für die Prüfung einer nach dem neuen Satz 8 notwendigen Rückzahlung oder Minderung von Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms. Das Krankenhaus hat zur Prüfung lediglich einmal, für das Jahr 2018, den jahresdurchschnittlichen Ausgangspersonalbestand für die Pflege am Bett und die Pflege insgesamt vor Beginn des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms vorzulegen sowie jährlich die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung für diese Bereiche nachzuweisen. Beides muss mit Blick darauf, dass auch die Aufstockung von Teilzeitstellen gefördert wird, nach Voll- und Teilzeitkräften sowie umgerechnet auf Vollzeitkräfte ausgewiesen werden. Diese Informationen sind, zusammen mit dem Testat für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel, vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.
Zu Doppelbuchstabe gg (Satz 12)
In Folge der Verlängerung des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms werden die nachlaufenden, modifizierten Berichtspflichten zum Pflegestellen-Förderprogramm der Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben.
Der neue Satz 12 regelt, dass im Jahr der erstmaligen Anwendung des Pflegebudgets nach § 6a der Finanzierungsbetrag, der vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verwendet wird, in dem Pflegebudget aufgeht. Mittel, die die Krankenhäuser bislang über Zuschläge im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms erhalten haben, erhalten die Krankenhäuser zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets.
Zu Buchstabe e (Absatz 8a) – Anmerkung: siehe Änderung in Satz 2 durch den 14. Ausschuss
In der Krankenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Pflegefachkräften, der derzeit durch das Angebot am Arbeitsmarkt nicht ausreichend gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich die Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Vor diesem Hintergrund ist eine gute und verlässliche Pflege sicherzustellen. Dies gilt für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen, für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen als auch für die Versorgung in Krankenhäusern. Es ist unerlässlich, dem genannten Mangel an Fachkräften in der Krankenpflege in dieser besonderen Situation durch entsprechende Maßnahmen entgegenzuwirken. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, dass professionelle Pflege rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche geleistet wird. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Es ist daher ausnahmsweise gerechtfertigt, dass wegen der besonderen Bedeutung der stationären Pflege für die Versorgung in Krankenhäusern die gesetzliche Krankenversicherung sich mit Beitragsmitteln hälftig an der Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf beteiligt.
Zusätzlich zu der durch § 4 Absatz 8 erfolgenden umfassenden Finanzierung der Personalkosten von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für Pflegepersonal am Bett werden zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zukünftig durch Absatz 8a geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig von den Kostenträgern finanziert.
Satz 1 bestimmt mit den Jahren 2019 bis 2024 einen begrenzten, sechsjährigen Förderzeitraum. Während des Förderzeitraums werden die Kosten von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, die geeignet sind, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zusätzlich zu fördern, hälftig von den Kostenträgern finanziert, sofern das Krankenhaus entsprechende Maßnahmen ergreift. Geeignete Maßnahmen sind z. B. mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, Maßnahmen für eine größere Dienstplanstabilität oder die Förderung von individuellen oder gemeinschaftlichen Betreuungsangeboten, die den Anforderungen von Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit Rechnung tragen.
Zu diesem Zweck können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern einen Förderungsbetrag vereinbaren. Nach Satz 2 ist dieser jährliche Betrag für entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bezogen auf das einzelne Krankenhaus im Jahr 2019 auf 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1, also der Summe aus Erlösbudget nach § 4 und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 begrenzt. In den Jahren 2020 bis 2024 ist der Betrag jährlich auf 0,12 Prozent des Gesamtbetrags begrenzt. Die Anhebung des Prozentsatzes ist erforderlich, um vor dem Hintergrund einer Verminderung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine weitgehend gleich hohe Fördersumme für jedes Förderjahr zu ermöglichen. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.
Nach Satz 3 können Beträge, die in einem Kalenderjahr nicht für geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf genutzt wurden, im Folgejahr vereinbart werden. Sie erhöhen das verfügbare Fördervolumen im Jahr 2020 bis zu einer Obergrenze von 0,22 Prozent und in den Jahren 2021 bis 2024 von jeweils 0,24 Prozent des Gesamtbetrags.

Satz 4 gibt vor, dass Förderbeträge in den Folgejahren fortgezahlt und kumuliert werden, soweit die jeweils vereinbarten Maßnahmen dies erfordern. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.
Fördervoraussetzung nach Satz 5 ist, dass das Krankenhaus mit dem Ziel, die strukturellen Bedingungen zur Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte zu optimieren, Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift und hierüber eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung geschlossen hat.
Nach Satz 6 sind die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Jahren 2019 bis 2024 durch einen gesondert in der Rechnung auszuweisenden Zuschlag auf die DRG-Fallpauschalen und auf die Zusatzentgelte sowie auf die krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte zu finanzieren. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mittel gelten die Sätze 6 bis 8 des Absatzes 8 entsprechend.
Der Krankenhausträger hat nach Satz 7 den Kostenträgern als den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Auf dieser Grundlage ist über die Rückzahlung oder Minderung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln zu entscheiden.
Der GKV-Spitzenverband hat nach Satz 7 dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2020, einen Bericht über die Art und die Anzahl der zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf geförderten Maßnahmen sowie über den Umfang der aufgrund dieser Maßnahmen erfolgten Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vorzulegen. Durch den Bericht erhält das Bundesministerium für Gesundheit Informationen darüber, in welchem Umfang die Krankenhäuser Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf durchgeführt haben, welcher Art die Maßnahmen waren und wieviel zusätzliche Pflegestellen oder aufgestockte Teilzeitstellen damit eingerichtet wurden.
Nach Satz 8 gelten die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Erlösausgleichen entsprechend.
Zu Buchstabe f (Absatz 9)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Die Präzisierung ist erforderlich, da die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ergänzend zu ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen" aus dem Jahr 2009 (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951-962) im Jahr 2016 die Empfehlung „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen" (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183-1188) erlassen hat.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 6)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur geänderten Satzzählung in Absatz 8.
Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 7 – neu)
Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, dürfen im Rahmen des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 keine Pflegepersonalkosten finanziert werden, die über das Pflegebudget finanziert werden.
Zu Nummer 3 (§ 6)
Zu Buchstabe a (Absatz 3)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 5)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal. Bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser, deren Leistungen mit auf der Bundesebene kalkulierten Fallpauschalen vergütet werden, erfolgt die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der geltenden Obergrenze liegen, über eine Anhebung der Landesbasisfallwerte. Der neu gefasste Satz 5 gewährleistet, dass auch bei Leistungen, deren Vergütung krankenhausindividuell vereinbart wird, bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Dies betrifft speziell besondere Einrichtungen. Um eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal zu gewährleisten, darf der Anstieg der Erlössumme nicht durch eine Obergrenze beschränkt werden. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme findet daher insoweit bei einer Umsetzung der Tarifrefinanzierung keine Anwendung. Für Mittel, die für eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal vorgesehen sind, aber für andere Zwecke verwendet werden, ist in der Vereinbarung der Erlössumme ebenso wie bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eine Rückzahlung zu regeln (siehe dazu Ausführungen zu § 11 Absatz 1 Satz 5).
Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 wird verwiesen.
Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 40 Prozent der Erhöhungsrate entspricht bei somatischen Krankenhäusern einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.
Die näheren Einzelheiten für die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal und die weiterhin hälftige Tarifrefinanzierung für das übrige Personal ergeben sich aus § 9 Absatz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 vor.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 7 – neu)
Die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 ist insoweit zu kürzen, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die zukünftig über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.
Zu Buchstabe b (Absatz 4)
Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Rechtsfolge einer solchen Ausgliederung ist, dass die Erlösausgleiche für diese Leistungen keine Anwendung finden. Zudem unterliegen diese Leistungen bei somatischen Krankenhäusern nicht dem Fixkostendegressionsabschlag. Die Regelung dient dazu, Krankenhäuser von administrativem Aufwand zu entlasten.
Eine entsprechende Ausgliederung aus einer zu vereinbarenden Erlössumme sieht das KHEntgG bislang nicht vor. Hierfür gibt es keine sachliche Begründung. Es war keine andere Behandlung von besonderen Einrichtungen beabsichtigt. Die Regelung stellt sicher, dass auch bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten für Leistungen oder für besondere Einrichtungen sowohl die Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, als auch die Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen der besonderen Einrichtung außerhalb der Erlössumme vergütet werden.
Zu Nummer 4 (§ 6a)
Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung gibt § 6a die Einzelheiten für die Vereinbarung eines Pflegebudgets durch die Vertragsparteien nach § 11 vor. Die Regelung gibt den rechtlichen Rahmen für die Anwendung des nach § 17b Absatz 4 KHG vereinbarten Pflegeerlöskatalogs für eine bessere und krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten für

die Patientenversorgung vor.
Zu Absatz 1
Satz 1 gibt vor, dass das Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 zur Finanzierung der auf der Grundlage von § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG definierten Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung zu vereinbaren ist.
Satz 2 listet ergänzend zu der positiven Definition des Pflegebudgets auf, welche Entgelte nicht Gegenstand des Pflegebudgets sind. Hierzu gehören die Entgelte des Erlösbudgets, soweit nicht bisherige Bestandteile des Erlösbudgets nach Absatz 2 Satz 3 ausdrücklich bei der erstmaligen Vereinbarung in das Pflegebudget einbezogen werden bzw. nach Absatz 2 Satz 4 zumindest eine teilweise Einbeziehung in Frage kommt. Auch umfasst das Pflegebudget nicht die in der Erlössumme nach § 6 zusammengefassten, krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte, soweit nicht enthaltene Pflegeerlösanteile zu bereinigen sind. Ferner schließt es die aus unterschiedlichen Gründen zu leistenden Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht ein. Ebenso beinhaltet es nicht die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.
Die Mittel des Pflegebudgets sind nach Satz 3 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden. Damit wird gewährleistet, dass die für Pflegepersonal bereitgestellten Mittel zweckentsprechend und nicht etwa für investive oder andere Zwecke eingesetzt werden. Soweit ein Krankenhaus dieser Anforderung nicht entspricht, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel nach Satz 4 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt über die Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums.
Zu Absatz 2 – Anmerkung: siehe Änderungen in Satz 6 und 7 durch den 14. Ausschuss
Absatz 2 regelt die generellen Vorgaben für die Ermittlung des Pflegebudgets.
Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Gegenüber dem Vorjahr zu erwartende kostenwirksame Veränderungen sind nach Satz 2 zusätzlich zu berücksichtigen. Zu nennen sind hier insbesondere Veränderungen in der Anzahl der Pflegekräfte und in deren unterschiedlichen Qualifikationen, die sich über die Berufsbezeichnungen erfassen lassen, sowie weitere kostenwirksame Entwicklungen, z. B. Tariferhöhungen. Sofern die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten abweichen, sind die Mehr- oder Minderkosten nach Satz 4 bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen. Dies erfolgt, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.
Nach Satz 4 wird der Zuwachs des Pflegebudgets nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Sofern die Kostenentwicklung dies erfordert, kann ein dynamisch wachsendes Pflegebudget vereinbart werden, unabhängig davon, ob die Kostenentwicklung durch zusätzliche Einstellungen oder Lohn- und Gehaltssteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung bedingt ist.
Um dementsprechend eine dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und dem hierfür erforderlichen Aufwand ausreichende Finanzierung zu gewährleisten, wird nach Satz 5 die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten nicht geprüft. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist von den Krankenhäusern zu beachten. Es findet aber keine Prüfung statt, ob die Pflegepersonalkosten wirtschaftlich sind. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Eine höhere Bezahlung ist im Pflegebudget bei Vorliegen eines sachlichen Grundes zu berücksichtigen. Ohne diese Regelungen bestünde die Möglichkeit, dass sich die Kostenträger im Rahmen der Vereinbarung des Pflegebudgets einer umfassenden Finanzierung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten entziehen.
Mit dem Ziel, auch für die Zukunft Anreize für einen effizienten Einsatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu setzen, eröffnet Satz 6 mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option, dass in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen ist beispielhaft an Prozessoptimierungen zu denken, um das Pflegepersonal in der Patientenversorgung in seinen Kernkompetenzen zu entlasten und bestehende Aufgaben, z. B. durch Hilfspersonal oder technische Lösungen, effizienter zu organisieren. Ein teilweiser Ersatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung kann z. B. durch den vermehrten Einsatz von Robotik gelingen. Voraussetzung für eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden oder pflegesubstituierenden Maßnahmen im Pflegebudget ist, dass durch die vereinbarten Maßnahmen keine Beeinträchtigung oder gar Gefährdung der Patientensicherheit im einzelnen Krankenhaus eintreten darf. Zur Ermittlung des zulässigen Finanzierungsvolumens aus Mitteln des Pflegebudgets haben die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, in welchem Umfang durch die vereinbarten Maßnahmen Pflegepersonalkosten eingespart werden. Eine Doppelfinanzierung ist von den Vertragsparteien nach § 11 auszuschließen.
Insgesamt ist nach Satz 7 die im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigungsfähige Höhe der zu finanzierenden pflegeentlastenden oder pflegesubstituierten Maßnahmen auf eine Obergrenze von fünf Prozent des Pflegebudgets begrenzt.
Nach Satz 8 hat das Krankenhaus für eine Berücksichtigung im Pflegebudget die pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Wirkung von geeigneten Maßnahmen gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 zu begründen. Die Durchführung der Maßnahmen ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen. Die Mittel für nicht durchgeführte Maßnahmen sind vom Krankenhaus zurückzuzahlen und das Pflegebudget ist entsprechend zu mindern.
Zu Absatz 3
Absatz 3 trifft Vorgaben für die Unterlagen, die für die Verhandlung des Pflegebudgets vom Krankenhausträger den anderen Vertragspartnern nach § 11 vorzulegen sind.
Nach Satz 1 hat das Krankenhaus zur Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen der Pflegekräfte vorzulegen. Ferner sind Daten zu den Pflegepersonalkosten zu übermitteln, die eine differenzierte Beurteilung der Kostensituation durch die Kostenträger ermöglicht.
Die Daten sind nach Satz 2, entsprechend der Vorgehensweise bei der Vereinbarung des Erlösbudgets, als Ist-Daten für das abgelaufene und das laufende Kalenderjahr vorzulegen sowie als Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum. Da die Vorgaben von § 11 auch für die Verhandlung des Pflegebudgets anzuwenden sind, sind die gängigen Einzelheiten bei Budgetverhandlungen zu beachten, wie z. B. die auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzunehmende Übermittlung der Verhandlungsunterlagen zur Vorbereitung der Verhandlungen an die anderen Vertragsparteien nach § 11, aber auch an die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG und an die zuständige Landesbehörde.
Nach Satz 3 hat das Krankenhaus zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach dem Vereinbarungsjahr des Pflegebudgets den Kostenträgern zudem jährlich bis zum 30. April ein Testat des Wirtschaftsprüfers über die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, über die Pflegepersonalkosten sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Zudem sind die Daten dem InEK zu übermitteln. Das InEK benötigt die Daten, um eine umfassende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des DRG-Systems und den hiermit in Verbindung stehenden neuen Pflege-

erlöskatalog zu haben. Für die Entwicklungsarbeiten sind möglichst belastbare Informationen zur Grundgesamtheit der nach § 17b Absatz 4 KHG auszugliedernden Pflegepersonalkosten notwendig. Mit den vom Jahresabschlussprüfer testierten Daten werden Daten in der für die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung relevanten Abgrenzung genutzt, ohne dass ein zusätzlicher Erhebungsaufwand entsteht.
Nach Satz 4 sind die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu den vorzulegenden Unterlagen zu beachten.
Zu Absatz 4
Das vereinbarte Pflegebudget wird leistungsorientiert durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt. Der Pflegeentgeltwert wird unter Nutzung des zu kalkulierenden Pflegeerlöskatalogs ermittelt. Nach Satz 2 wird hierzu das vereinbarte Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr dividiert durch die auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs ermittelte Summe der voraussichtlichen Bewertungsrelationen des Krankenhauses. Damit wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Pflege gestärkt, da Unterschiede im pflegerischen Aufwand der Häuser und in der verfügbaren Pflegepersonalausstattung offenbar werden. Der resultierende Pflegeentgeltwert für das jeweilige Kalenderjahr ist als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen bei zugelassenen Krankenhäusern für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich für die Abrechnung im Zusammenhang mit voll- und teilstationären Belegungstagen in Rechnung zu stellen.
Zu Absatz 5
Entstehen bei der Abzahlung des Pflegebudgets während des Vereinbarungsjahrs Abweichungen gegenüber dem vereinbarten Pflegebudget, so sind diese nach Satz 1 unabhängig von deren Ursache vollständig auszugleichen. Hintergrund ist, dass das Pflegebudget vom Krankenhaus zur vollständigen Deckung von Pflegepersonalkosten benötigt wird. Nach Satz 2 ist durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 7 für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhaus eine bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten vorzulegen. Durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 9 wird vorgegeben, dass bei der Verhandlung des Pflegebudgets Abschlagszahlungen auf einen erforderlichen Ausgleichsbetrag zu berücksichtigen sind, wenn zum Verhandlungszeitpunkt der endgültige Betrag noch nicht bekannt ist. Nach Satz 3 ist der Ausgleichsbetrag durch Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln.
Zu Absatz 6 – Anmerkung: siehe Anfügen von Satz 3 bis 5 durch den 14. Ausschuss
Absatz 6 enthält Vorgaben für die Vereinbarung des ersten Pflegebudgets, also des Pflegebudgets für das Jahr 2020.
Danach gehen die bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 in dem Pflegebudget auf. Darüber hinaus sind die Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 insoweit einzubeziehen, als es sich um Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung handelt und diese dauerhaft zu zahlen sind, z. B. bei Neueinstellungen. Dagegen gehen z. B. Fortbildungskosten nicht im Pflegebudget auf.
Zu Nummer 5 (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a und Absatz 2 Satz 1 Nummer 3)
Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.
Zu Nummer 6 (§ 8) – Anmerkung: siehe Anfügen von Absatz 5 Satz 3 durch den 14. Ausschuss
Zu Buchstabe a (Absatz 2 Satz 3 Nummer 5)
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt, das als weiteres Entgelt je voll- oder teilstationären Belegungstag zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden kann.
Zu Buchstabe b – Anmerkung: Absatz 3 – aufgehoben
Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Regelung, dass Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 2014 für jeden stationären Belegungstag mit Ausnahme des Entlassungstags (bei teilstationären Behandlungen auch für den Entlassungstag) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes berechnen, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.
Zu Nummer 7 (§ 9)
Zu Buchstabe a (Absatz 1)
Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 2a – neu)
Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, einen Katalog zu vereinbaren, in dem die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen sind. Über den Katalog erfolgt ab der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets gemäß § 6a die tagesbezogene Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser.
Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 3)
Auch für den nach Nummer 2a zu vereinbarenden Katalog haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Abrechnungsbestimmungen vorzusehen. Die Abrechnungsbestimmungen bilden die Grundlage für die Anwendung des neuen Katalogs durch die Krankenhäuser.
Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 7 bis 9)
Durch die Regelung wird einerseits eine redaktionelle Folgeänderung durch die Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 vorgenommen. Anderseits werden im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifrefinanzierung von Löhnen und Gehältern für das Pflegepersonal die Vereinbarungsgegenstände der Vertragsparteien auf Bundesebene erweitert. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Finanzmittel, die ein Krankenhaus aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 einen entsprechenden Nachweis zu vereinbaren, den das Krankenhaus den Kostenträgern auf Ortsebene vorzulegen hat. Von einer zweckentsprechenden Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel ist auszugehen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird. Für Krankenhäuser, die ihr Pflegepersonal nach dem für die Tarifrate maßgeblichen Tarifvertrag vergüten, ist es ausreichend, dies nachzuweisen. Von einer zweckentsprechenden Verwendung ist auch dann auszugehen, wenn das Krankenhaus mit den zusätzlichen Finanzmitteln zusätzliches Pflegepersonal einstellt oder vorhandene Teilzeitstellen in der Pflege aufstockt, soweit dieses nicht anderweitig finanziert ist (z. B. durch das Pflegestellen-Förderprogramm).
Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung zu gewährleisten, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 ein Verfahren für die Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel festzulegen. Die näheren Einzelheiten für den Nachweis und das Rückzahlungsverfahren sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 zu vereinbaren. Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.
Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten mit der neuen Regelung in Nummer 8 den Auftrag, nähere Einzelheiten zur Verhand-

lung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu erforderlichen Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, zu vereinbaren. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets haben die Krankenhäuser ihre aktuelle und geplante Ausstattung mit Pflegepersonal in der Patientenversorgung und die dazugehörigen Kosten darzulegen. § 6a Absatz 3 trifft hierzu bereits gesetzliche Vorgaben. Die Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzen und konkretisieren in ihrer Vereinbarung die Anforderungen an die entsprechenden Unterlagen und gewährleisten mit einem einheitlichen Format der Unterlagen eine bundeseinheitliche Dokumentation. Die Vereinbarung hat die Abgrenzung zwischen Pflegekräften innerhalb und außerhalb der Patientenversorgung zu berücksichtigen. Die Unterlagen sind von den Krankenhausträgern im Vorfeld der Vereinbarung des Pflegebudgets vorzulegen.
Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem die Einzelheiten für ein Verfahren zur Rückzahlung nicht zweckentsprechender Mittel zu vereinbaren.
Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets, insbesondere zu den neuen Unterlagen bis zum 31. Juli 2019 fest.
Begleitend zu der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung eines krankenhausindividuell zu vereinbarenden Pflegebudgets nach § 6a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch Nummer 9 beauftragt, sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung derjenigen Prozedurenschlüssel zu einigen, deren Dokumentation für Zwecke des DRG-Vergütungssystems zukünftig nicht mehr erforderlich ist und die daher zu streichen sind. Ziel ist es, mit der Einführung des Pflegebudgets den zukünftig verzichtbaren Dokumentationsaufwand von Pflegeleistungen abzuschaffen und hierdurch die Pflege zu entlasten.
Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.
Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen für das Jahr 2020 vornehmen. Das DIMDI kann von einer Streichung nur insoweit absehen, wenn einzelne Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) unverzichtbar sind oder durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.
Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung bei den Nummern 8 oder 9 jeweils nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.
Zu Buchstabe b (Absatz 1a) – Anmerkung: Nummer 6 neu gefasst durch den 14. Ausschuss
Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der bislang vorgesehenen Überführung der im Jahr 2018 vereinbarten und zweckentsprechend verwendeten der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag. Diese Mittel verbleiben über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in voller Höhe. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen. Durch die Streichung von Nummer 6 wird der Bürokratieaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene reduziert, da auf die Schätzung der zweckentsprechend verwendeten Mittel und die Berichtigung von Fehlschätzungen verzichtet werden kann.
Zu Nummer 8 (§ 10) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Zu Buchstabe a (Absatz 4 Satz 5)
Die Regelung stellt klar, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mögliche technisch bedingte Katalogeffekte nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind. Vielmehr werden solche Katalogeffekte durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand vermieden (siehe dazu auch Ausführungen zu § 17b Absatz 4 KHG).
Zu Buchstabe b (Absatz 5)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Die Änderung in Satz 1 sieht vor, dass die in Satz 2 vorgesehene vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals im Jahr 2018 Anwendung findet und von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2 und 3)
Durch Satz 2 wird eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Die Regelung ersetzt die bisherige hälftige Refinanzierung von linearen Tarifsteigerungen und tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen für das Pflegepersonal. Die Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser das vorhandene Pflegepersonal auch bei dynamischen Tarifsteigerungen weiterhin beschäftigen können. Damit wird dem besonderen Handlungsbedarf in der Pflege Rechnung getragen.
Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Das Pflegepersonal umfasst damit sowohl im Pflegedienst sowie im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst tätiges Pflegepersonal (insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie zukünftig Pflegefachfrauen und -fachmänner) und umfasst auch das Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelferin und -helfer). Diese Abgrenzung des Pflegepersonals gilt auch für die Änderungen im Zusammenhang mit den Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 6, 9 und 11 sowie §§ 3 und 11 BPflV.
Für die anderen Beschäftigtengruppen bleibt die bislang bestehende Regelung einer hälftigen Tarifrefinanzierung inhaltsgleich bestehen. Satz 3 fasst die Einzelheiten für die Ermittlung der Tarifrate, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist, neu. Bei der bisherigen, nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal differenzierenden Bestimmung der maßgeblichen Tarifverträge, die Grundlage für die Ermittlung der Tarifrate sind, wurde das Pflegepersonal mit den übrigen nichtärztlichen Beschäftigten zusammengefasst. Da die Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal auf 100 Prozent angehoben wird, wird zukünftig zwischen dem maßgeblichen Tarifvertrag für das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten unterschieden. Trotz der aus finanzierungstechnischen Gründen erforderlichen differenzierteren Unterscheidung der Personalbereiche ist auch für die Zukunft davon auszugehen, dass für das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten derselbe Tarifvertrag maßgeblich ist.
Nach Satz 3 zweiter Halbsatz umfasst die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal die Refinanzierung von linearen und strukturellen Tarifsteigerungen sowie von tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen. Beim übrigen Personal werden wie bisher lineare Tarifsteigerungen sowie tarifvertraglich vereinbarte Einmalzahlungen refinanziert. Bei einer linearen Tarifsteigerung werden die Entgelte um einen prozentualen Satz erhöht. Strukturelle Tarifsteigerungen ergeben sich dagegen aus Bestandteilen von Tarifverträgen, die nicht – wie lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen – auf eine Erhöhung bestehender Lohn- oder Gehaltsbestandteile abzielen, sondern tarifvertraglich bedingt das Gehaltsgefüge verändern. So stellen z. B. tarifvertraglich vereinbarte Änderungen in der Zuordnung von Tätigkeitsbildern zu Vergütungsgruppen strukturelle Tarifkomponenten dar.

Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 5)
Durch die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal erhöht sich der Anteil der Erhöhungsrate, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von einem Drittel auf 40 Prozent. Der Anteil der Erhöhungsrate von 40 Prozent entspricht bezogen auf den Landesbasisfallwert, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.
Zu Doppelbuchstabe dd (Satz 6 und 7)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 (vgl. auch die Ausführungen hierzu). Für den Fall, dass eine anteilige Erhöhungsrate für die Umsetzung der Tarifrefinanzierung erst nach Vereinbarung oder Festsetzung des Landesbasisfallwerts vereinbart wird, wird nach Satz 6 die Tarifrefinanzierung über die Erhöhung des nächsten Landesbasisfallwerts umgesetzt. Nach Satz 7 ist hierzu einerseits der zu niedrig vereinbarte Landesbasisfallwert des Vorjahres in seiner Basis zu berichtigen und andererseits ein einmaliger Ausgleich für die zeitliche Verzögerung der Tarifrefinanzierung vorzunehmen.
Zu Buchstabe c (Absatz 13 – aufgehoben*)*
Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, ist die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlags auch nach dem Jahr 2018 nicht durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln.
Die Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlags werden über das Jahr 2018 hinaus gesetzlich auf 35 Prozent und auf drei Jahre vorgegeben (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu).
Zu Nummer 9 (§ 11)
Zu Buchstabe a (Absatz 1)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Mit den Ergänzungen in Satz 1 wird vorgegeben, dass auch das Pflegebudget nach § 6a unter der Berücksichtigung der dort getroffenen Vorgaben von den Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der jährlichen Verhandlung zu vereinbaren ist.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 5 – neu)
Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7).
Zu Buchstabe b (Absatz 4)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Die Regelung sieht vor, dass die Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Budgetverhandlungen den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen haben. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 4)
Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.
Zu Nummer 10 (§ 12 Satz 1)
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Ebenso wie beim Erlösbudget oder bei sonstigen Entgelten kann auch bei Uneinigkeit der Vertragsparteien über das Pflegebudget eine vorläufige Vereinbarung über die unstrittigen Entgelte getroffen werden, die dann abzurechnen sind, bis die endgültig maßgeblichen Entgelte in Kraft treten.
Zu Nummer 11 (§ 14 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4)
Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung dazu, dass der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig dauerhaft gesetzlich fixiert wird und somit nicht mehr durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln ist und daher auch nicht mehr zu genehmigen ist. Indem der etablierte Abschlagssatz über das Jahr 2018 hinaus festgeschrieben wird, wird die Planungssicherheit verbessert und es werden Verhandlungen verhindert, die voraussichtlich nicht zu nachhaltig anderen Ergebnissen führen (vgl. auch Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu – und § 10 Absatz 13). Bürokratieaufwand wird somit vermieden.
Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets, das zukünftig ebenfalls durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen ist.
Zu Nummer 12 (§ 15 Absatz 2a – neu) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Die Regelung verhindert Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser, die entstehen könnten, wenn 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben. In diesem Fall sind zwar die Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Bewertungsrelationenanteile für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung gemindert, die Krankenhäuser können aber aufgrund einer ausstehenden Vereinbarung eines Pflegebudgets für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung keine entsprechenden Entgelte abrechnen. Mehr- oder Mindererlöse, die dadurch entstehen, dass die vereinbarten Entgelte von den in Satz 1 festgelegten Werten abweichen, sind im Vereinbarungszeitraum durch die Zu- oder Abschläge für Erlösausgleiche auszugleichen.
Zu Nummer 13 (§ 21) – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss
Zu Buchstabe a (Absatz 2)
Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 1)
Zu Dreifachbuchstabe aaa (Buchstabe d)
Die zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs nach § 17b Absatz 4 KHG erweitert. Die Erweiterung ist erforderlich, damit für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung aus dem DRG-System hinreichend belastbare Daten auf der Bundesebene vorliegen.
Zu Dreifachbuchstabe bbb (Buchstabe e) – Anmerkung: siehe Neufassung durch den 14. Ausschuss
Die Änderung von Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht vor, dass die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln sind. Zu unterscheiden ist dabei z. B. examiniertes Pflegepersonal

und Pflegehilfspersonal. Hierdurch werden die unterschiedlichen Qualifikationen des Pflegepersonals deutlich. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich, damit die Vertragsparteien die durch die Pflegepersonaluntergrenzen verursachten Mehrkosten ermitteln können, die nicht bereits über die Entgelte des DRG-Vergütungssystems oder andere Entgelte abgedeckt sind und die durch Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte zu finanzieren sind. Eine Orientierung dabei kann die Ausgestaltung des Nachweises über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 4 SGB V bieten, für den ebenfalls eine Aufteilung der Pflegevollkräfte nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen vorgesehen ist. Die Personalgruppen und Berufsbezeichnungen sind jedoch mindestens insoweit aufzuschlüsseln, wie es für die Sichtbarmachung und Quantifizierung von Aufwandsunterschieden erforderlich ist. Das Nähere zu den zu übermittelnden Daten ist nach Absatz 4 Satz 2 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 2 Buchstabe e)

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe e sieht vor, dass als Bestandteil des Datensatzes nach § 21 auch die Zeiträume einer Intensivbehandlung und bei Verlegungen zwischen Fachabteilungen die Aufenthaltsdauer auf der jeweiligen Fachabteilung zu übermitteln ist. Die Daten sind bereits nach geltendem Recht grundsätzlich zu erheben (§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Die Informationen werden im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt, um prüfen zu können, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten entstehen, die noch nicht durch bestehende Entgelte finanziert werden. Dafür müssen die ergänzten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur differenzierten Pflegepersonalausstattung und Informationen zum Leistungsgeschehen analysiert werden können. Für belastbare Analysen bedarf es dazu eines gemeinsamen Begriffsverständnisses für die Abgrenzung der jeweils zu übermittelnden Daten. Dies gilt insbesondere für die Definition der Zeiträume einer Intensivbehandlung. Für die Zwecke der Datenübermittlung nach § 21 ist für die Intensivbehandlung und auch für die anderen pflegesensitiven Bereiche davon auszugehen, dass eine belastbare Festlegung getroffen wird, da diese bereits für die Pflegepersonaluntergrenzen benötigt wird. Zugleich sind entsprechende Festlegungen für solide Datengrundlagen auch bereits für das Konzept und die Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 2 unverzichtbar.

Zu Buchstabe b (Absatz 5 Satz 3)

Nach § 21 Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 21 Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

Absatz 5 Satz 3 sah bislang vor, dass der Abschlag in den Jahren 2013 bis 2021 nur übergangsweise bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts berücksichtigt wird. Da mit dem PsychVVG geregelt wurde, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene dauerhaft krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte zu vereinbaren haben, stellt die Streichung der Jahresangaben sicher, dass der vorgenannte Abschlag bei Bedarf dauerhaft von den Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung krankenhausindividueller Basisentgeltwerte zu berücksichtigen ist.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe e (Absatz 8a)

Zu Satz 2 neu

Die Änderung von § 4 Absatz 8a Satz 2 sieht an Stelle der bisherigen Kann-Regelung vor, dass die Vertragsparteien auf Krankenhausebene einen zusätzlichen Betrag zu vereinbaren haben, sofern ein Krankenhaus dies verlangt. Durch diese Muss-Regelung wird sichergestellt, dass eine Regelung durch die Schiedsstelle, die gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden ist, erfolgt, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen. Ohne die Verpflichtung der Vertragsparteien zur Vereinbarung eines Zusatzbetrages bestünde die Gefahr, dass auch die Schiedsstelle, die bei der Festsetzung streitiger Vereinbarungsinhalte innerhalb der gesetzlichen Grenzen über denselben Gestaltungsspielraum verfügt wie die Vertragsparteien, von der Festsetzung eines zusätzlichen Betrages absieht.

Zu Nummer 4 (§ 6a)

Zu Absatz 2

Zu Satz 6

Der Gesetzentwurf sieht bislang vor, dass mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option besteht, in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget eines Krankenhauses zu berücksichtigen. Die Änderung erweitert diese Option und gewährleistet, dass Krankenhäuser, die bereits vor dem Jahr 2020 ergriffene pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen fortsetzen und denen hieraus im Geltungsjahr des Pflegebudgets Kosten entstehen, nicht benachteiligt werden.

Zudem handelt sich um eine Folgeänderung zur Konkretisierung der aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten in § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Satz 7

Die Änderung sieht vor, dass die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu drei Prozent statt bisher bis zu fünf Prozent erhöhend im Pflegebudget nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berücksichtigt werden können. Die konkrete Höhe ist von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandeln. Ob und inwieweit die Obergrenze dabei ausgeschöpft wird, bleibt abzuwarten. Nach derzeitiger Erkenntnislage erscheint für die Startphase des Pflegebudgets eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von bis zu drei Prozent ausreichend. Damit wird auch darauf hingewirkt, dass nicht in zu hohem Umfang die persönliche Pflege durch alternative technische Maßnahmen ersetzt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget nicht voraussetzt, dass das Krankenhaus bei Durchführung dieser Maßnahmen Pflegepersonal entlässt. Es reicht aus, wenn die Maßnahmen den Einsatz von Pflegepersonal ersetzen. Das Pflegepersonal kann auch weiterhin im Krankenhaus beschäftigt und im Pflegebudget erfasst werden.

Zu Absatz 6

Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Es ist davon auszugehen, dass die Datengrundlage für die auszugliedernden Pflegepersonalkosten sukzessive besser wird. Um der in den Anfangsjahren insbesondere noch verbesserungsbedürftigen Datengrundlage Rechnung zu tragen, werden mögliche Budgetverluste für die Jahre 2020 und 2021 auf zwei bzw. vier Prozent begrenzt. Für das Jahr 2020 ist der Vorjahresvergleichsmaßstab für die Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget der Gesamtbetrag des Jahres 2019, der noch die Pflegepersonalkosten umfasst. Eine aus dieser Übergangsregelung entstehende Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt für den genannten Zeitraum nicht der Rückzahlungspflicht für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets für die Jahre 2022 und danach findet die Übergangsregelung keine Anwendung mehr.

Zudem findet nach Satz 5 die Regelung keine Anwendung bei Budgetminderungen aufgrund von Leistungsrückgängen, die sich z. B. aus der Schließung einer Fachabteilung oder rückläufigen Fallzahlen ergeben. In diesen Fällen ist die Ursache für die Budgetmin-

derung nicht die Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung, sondern Sachverhalte, die auch ohne die neue Pflegepersonalkostenvergütung zu einer Budgetabsenkung führen würden und die nicht durch die Übergangsregelung aufgefangen werden.
Zu Nummer 6 (§ 8)
Zu Buchstabe c (Absatz 5 Satz 3)
Die Ergänzung von § 8 Absatz 5 stellt klar, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) getroffenen Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung der Zulässigkeit einer Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.
Ergänzend wird § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes präzisiert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere zu prüfen haben, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.
Zu Nummer 7 (§ 9)
Zu Buchstabe b (Absatz 1a Nummer 6)
Ab dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Absatz 2a eine pauschale Förderung von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Damit wird ihre besondere Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung zusätzlich gestärkt. Zur Identifizierung dieser Krankenhäuser ist es erforderlich, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, die den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen konkreten Vorgaben der jeweils geltenden Beschlüsse entsprechen. Der G-BA hat im Rahmen der Folgenabschätzung zu den Beschlüssen vom 24. November 2016 und vom 19. April 2018 die entsprechenden Krankenhäuser erstmals identifiziert. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2019, eine Zusammenstellung der entsprechenden Krankenhäuser auf der Grundlage der verfügbaren Daten zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene veröffentlichen regelmäßig ihre Vereinbarungen auf ihren Internetseiten, so dass die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser öffentlich zugänglich ist. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Liste.
Zu Nummer 8 (§ 10)
Zu Buchstabe a0 (Absatz 1 Satz 7 – neu)
Mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System soll keine Minderung oder Erhöhung des Landesbasisfallwerts einhergehen (vgl. Begründung zu § 17b Absatz 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Um dies für das Jahr 2020 und die Folgejahre zu gewährleisten, gibt die Änderung vor, dass für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts sowohl Veränderungen der Leistungsseite (effektive Bewertungsrelationen) wie auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind und zwar so, dass eine durch die Einführung und Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung bedingte Veränderung, also eine Minderung oder Erhöhung, des Landesbasisfallwerts ausgeschlossen ist. Die Regelung dient dazu, dass im Bereich der über den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppel- oder Unterfinanzierung von Leistungen vermieden wird.
Zu Buchstabe a (Absatz 4 Satz 5)
Bislang ist vorgesehen, dass mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System einhergehende technische Effekte lediglich bei der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung so zu neutralisieren sind, dass sie nicht zu einer Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen. Die Änderung erweitert die Geltung dieser Vorgabe dahingehend, dass auch im Rahmen der Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entstehende technische Effekte keine Rückwirkung auf den zu vereinbarenden Landesbasisfallwert haben dürfen.
Zu Buchstabe b (Absatz 5)
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 3)
Mit der Streichung der bisherigen Formulierung „der Vergütungstarifverträge“ wird eine Anpassung an die Tarifvertragspraxis vorgenommen. Damit wird berücksichtigt, dass entgeltwirksame Vereinbarungen zwischenzeitlich vielfach auch durch andere tarifvertragliche Grundlagen erfolgen, z. B. als Anlage zum Manteltarifvertrag.
Zu Buchstabe b1 (Absatz 12)
Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1 – neu)
Die Mittel des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10, der mit Einführung des Pflegebudgets nach § 6a ausläuft, werden pauschal in Höhe von rd. 200 Mio. Euro zum Jahr 2020 in die Landesbasisfallwerte überführt. Hierfür ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2020 pauschal eine Erhöhung um 0,3 Prozent des vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts 2019 (ohne Ausgleiche) einzurechnen. Die Obergrenze nach Absatz 4 findet hierbei nach dem bisherigen Satz 2 keine Anwendung. Die Höhe des pauschalen Zuschlags auf den Landesbasisfallwert setzt die Mittelüberführung ohne relevanten zusätzlichen Bürokratieaufwand um. Zudem wird berücksichtigt, dass durch den Pflegezuschlag die Krankenhäuser seinerzeit einen nachhaltigen Anreiz zur zusätzlichen Beschäftigung von Pflegepersonal bekommen sollten, so dass davon auszugehen ist, dass der Pflegezuschlag in maßgeblichem Umfang zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt wird. Mit der Einführung des Pflegebudgets erfolgt die Vergütung der Pflegepersonalkosten zukünftig umfassend über das Pflegebudget.
Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)
Die Regelung gewährleistet, dass die im Jahr 2019 abgerechneten Zuschläge für das Hygieneförderprogramm nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Überführung in den Landesbasisfallwert 2020 um die geschätzte Summe der Beträge gemindert werden, die zukünftig im Pflegebudget aufgehen. Die Änderung ist erforderlich, um eine Doppelvergütung zu verhindern.
Zu Nummer 12 (§ 15 Absatz 2a)
Mit der Änderung werden die vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte erhöht, die für die Abrechnung von Pflegepersonalkosten nach dem Pflegebudget greifen, solange noch kein Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbart wurde. Die Erhöhung berücksichtigt, dass sich auf der Grundlage der für das Jahr 2016 verfügbaren Daten des Statistischen Bundesamtes durchschnittliche Kosten je Belegungstag in allgemeinen Krankenhäusern in Höhe von rund 130 Euro errechnen. Die Erhöhung ist erforderlich, um Liquiditätsprobleme für Krankenhäuser zu vermeiden. Für die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden damit keine Festlegungen im Vorhinein getroffen. Nach der Vereinbarung des Pflegebudgets sind entstehende Mehr- oder Mindererlöse unter entsprechender Anwendung von Absatz 3 vollständig auszugleichen.
Zu Nummer 13 (§ 21)
Zu Buchstabe a0 (Absatz 1)
Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, die dem Sachverhalt Rechnung trägt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Vertragsparteien auf Bundesebene als Datenstelle benannt wurde. Hieran wird gesetzlich nun dauerhaft festgehalten und die Datenstelle mit der datentechnischen Weiterentwicklung beauftragt.

Zu Buchstabe a (Absatz 2)
Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 1)
Zu Dreifachbuchstabe aaa0 (Buchstabe a)
Mit der Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a hat das Krankenhaus in seinem Strukturdatensatz neben der Gesamtzahl der aufgestellten Betten auch als Davon-Angabe gesondert die Zahl der aufgestellten Intensivbetten auszuweisen. Die Änderung ist für Plausibilisierungszwecke bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems erforderlich, insbesondere im Zusammenhang mit dem Pflegepersonalaufwand, Pflegepersonaluntergrenzen und damit zusammenhängenden Fragestellungen.
Zu Dreifachbuchstabe bbb (Buchstabe e)
Korrespondierend zu der § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, auch Pflege am Bett genannt, wird die bisherige Formulierung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e präzisiert. Statt dem bisherigen unspezifischen Abstellen auf den Pflegedienst wird damit auf die Erhebung des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätigen Pflege- und Pflegehilfspersonals im stationären Bereich abgestellt. Es handelt sich damit um das Pflege- und Pflegehilfspersonal, dessen Kosten nach den Vorgaben von § 17b Absatz 4 KHG aus dem DRG-System auszugliedern sind. Soweit sie in der Pflege am Bett eingesetzt werden, werden damit die Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst. Nicht umfasst ist Pflegepersonal, das z. B. als Funktionspersonal im Operationsbereich, in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur tätig ist.
Die Anzahl des entsprechenden Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist beginnend mit dem Datenjahr 2019 differenziert nach den unterschiedlichen Standorten nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eines Krankenhauses zu übermitteln. Die neue Standortbezeichnung liegt den Krankenhäusern im ersten Quartal 2020 vor. Für die Übermittlung der Daten des Datenjahres 2019 müssen bisherige alte Standortkennzeichen ausgetauscht oder das neue Standortkennzeichen hinzugefügt werden, sofern ein Standortkennzeichen bisher nicht verfügbar war. Durch den Tausch bzw. das Hinzufügen des neuen Standortkennzeichens für das Datenjahr 2019 ist von einem geringen Zusatzaufwand für die Krankenhäuser auszugehen. Zugleich kann damit aber eine einheitliche, aussagefähige Datengrundlage geschaffen werden. Eine entsprechende standortbezogene Übermittlung ist als Grundlage für die Ermittlung von Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V erforderlich. Für die einzelnen Standorte sind die Daten zudem mit Blick auf die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V nach der Qualifikation des Personals (Berufsbezeichnungen) zu unterscheiden. Hierbei ist jeweils umgerechnet in Vollkräfte die standortbezogene Zahl der in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten einzelnen in der Pflege tätigen Berufe insgesamt sowie gegliedert nach den auf den genannten Rechtsgrundlagen beschlossenen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln.
Zudem wird die differenzierte Übermittlung des Pflegepersonals dahingehend sprachlich präzisiert, dass zwar das Pflegepersonal nach Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln ist, nicht aber nach Personalgruppen.
Zu Buchstabe a1 (Absatz 4 Satz 2)
Die Datenstelle, die vom InEK getragen wird, wird dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der bestehenden Vereinbarung nach Satz 1 beauftragt. Soweit gesetzliche Änderungen des Datensatzes nach Absatz 2 dies erfordern, sind die näheren Einzelheiten zu den Daten und deren Übermittlung anzupassen. Die entsprechende Weiterentwicklung der Vereinbarung nach Satz 1 durch die Datenstelle ist wie bisher im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Von der Datenstelle sind insbesondere bundeseinheitliche Festlegungen und erforderliche Differenzierungen zu einzelnen Datenfeldern zu treffen. Im bisherigen Rahmen, der eine Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorsieht, ist eine frist- und sachgerechte Weiterentwicklung vielfach nicht möglich. So war bis zum 31. Juli 2018 eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Übermittlung von Pflegepersonaldaten nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe e zu treffen, deren Abschluss noch aussteht. Die Datenstelle hat daher zu gewährleisten, dass die entsprechenden Übermittlungsanforderungen für die zum 31. März 2019 zu übermittelnden Pflegepersonaldaten des Jahres 2018 kurzfristig festgelegt werden. Mit Blick auf die eingetretenen Verzögerungen wird auf die bislang vorgesehene unterjährige Übermittlung der Daten für das erste Halbjahr 2018 verzichtet.

Artikel 10* – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes“ eingefügt.

1a. § 5 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2 Satz 8 wird aufgehoben.
   b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
   „(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro jährlich. Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz 2 letztmalig bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden.“
   c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
   „(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwer-

punkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

2. § 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 wird nach dem Wort „Behandlungskosten" ein Komma und werden die Wörter „die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind," eingefügt.
   b) In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018" durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020" ersetzt.
3. § 9 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4" ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrate unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind," eingefügt.
   b) Absatz 1a Nummer 2 wird aufgehoben.
4. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018" durch die Angabe „2020" ersetzt.
      bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst" die Wörter „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen" eingefügt.
      cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals" die Wörter „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen" eingefügt.
      dd) In Satz 5 wird die Angabe „40 Prozent dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate)" durch die Wörter „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate" ersetzt.
   b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser" die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen" eingefügt.

*Anmerkung: Inkrafttreten 1. Januar 2020

Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 8 Satz 1)
Die Regelung gewährleistet, dass zum Kreis der förderfähigen Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, nicht nur wie bisher „Gesundheits- oder Krankenpflegerinnen" bzw. „Gesundheits- oder Krankenpfleger" oder „Gesundheits- oder Kinderkrankenpflegerinnen" bzw. „Gesundheits- oder Kinderkrankenpfleger" nach § 1 Absatz 1 Krankenpflegegesetz gehören. Zukünftig wird dieser Kreis auch auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau" bzw. „Pflegefachmann" nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes und auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheit- und Kinderkrankenpflegerin" bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger" nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes erweitert. Damit wird dem Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 Rechnung getragen. Obgleich das Krankenpflegegesetz zum 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt, bleibt der Bezug auf Pflegepersonal nach dem Krankenpflegegesetz ohne zeitliche Einschränkung bestehen, da weiterhin langjährig Personal mit entsprechenden Abschlüssen in der Pflege tätig sein wird und damit zu den grundsätzlich förderfähigen Pflegeberufen zählt.
Zu Nummer 2 (§ 6 Absatz 3 Satz 5)
Die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung sind zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Da hierdurch auch eine vollständige Refinanzierung entstehender Tarifsteigerungen zu gewährleisten ist, sind die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung mit der Einführung eines Pflegebudgets nicht mehr bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die bei Leistungen der Erlössumme nach § 6 anfallen, zu berücksichtigen. Hierdurch ändert sich der Anteil der Erhöhungsrate, um den die Erlössumme anzuheben ist, von bislang 40 Prozent auf einen von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrate. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals über das Pflegebudget finanziert werden.
Zu Nummer 3 (§ 9 Absatz 1 Nummer 7) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Da durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet ist, wird das Pflegepersonal in der Patientenversorgung zukünftig aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Entsprechendes gilt durch den gleitenden Verweis für § 6 Absatz 3 Satz 5. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrate, der eine hälftige Tarifrefinanzierung der oberhalb des Veränderungswerts liegenden linearen Personalkostensteigerungen des ärztlichen und des nichtpflegerischen Personals zu gewährleisten hat. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.
Zu Nummer 4 (§ 10)
Zu Buchstabe a (Absatz 5) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet. Das Pflegepersonal in der Patientenversorgung wird daher mit der Einführung des Pflegebudgets aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrate, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von 40 Prozent auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrate. Für die übrigen Personalgruppen, also für die Ärzte und das nichtärztliche Personal ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung, bleiben die bisherigen Regelungen der Tarifrefinanzierung inhaltsgleich bestehen.
Zu Buchstabe b (Absatz 6) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung des Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Kostensteigerungen, einschließlich Tarifsteigerungen, gewährleistet. Eine Finanzierung dieser Kostensteigerungen über den Landesbasisfallwert, für dessen Anstieg der Orientierungswert eine Obergrenze darstellt, er-

folgt zukünftig nicht mehr. Daher sind die Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung nicht mehr bei der Ermittlung des Orientierungswertes zu berücksichtigen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1a (§ 5)

Zu Buchstabe a (Absatz 2 Satz 8)

Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b (Absatz 2a – neu –)

Krankenhäuser, die die Vorgaben der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gefassten Beschlüsse in der jeweils geltenden Fassung erfüllen, werden in die Liste nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgenommen. Es handelt sich um bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die wegen ihrer Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung gestärkt werden sollen. Sie erhalten nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Regelung ab dem Jahr 2020 eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Dieser Betrag wird nach Satz 2 fallbezogen abgerechnet, indem die Gesamtsumme durch die voraussichtliche Zahl der voll- und teilstationären Fälle dividiert wird. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern in Rechnung gestellt. Gelingt den Vertragsparteien nach § 11 keine Einigung, entscheidet nach § 13 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 die Schiedsstelle. Der nach Satz 2 resultierende Betrag ist nach Satz 3 von gelisteten Krankenhäusern erstmals für Patientinnen und Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Erfolgt eine Listung eines Krankenhauses nicht bereits für das Jahr 2019, sondern für ein späteres Jahr, entsteht der Anspruch nach Satz 1 ab dem Folgejahr und somit erfolgt dementsprechend die Abrechnung für Patientenaufnahmen ab dem ersten Januar des Folgejahres. Nach Satz 4 endet die Abrechnungsfähigkeit für Krankenhäuser, die nicht mehr in der Liste aufgeführt sind, für die Patientenaufnahmen, die auf das Jahr der letztmaligen Auflistung folgen.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Beauftragung des G-BA, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 bis zum Jahresende 2019 zu konkretisieren. Der neu gefasste § 5 Absatz 3 ermöglicht, dass auf der Grundlage eines Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenhausindividuelle Vereinbarungen von Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten getroffen werden können. Bis zur Verabschiedung des Beschlusses gilt die nach § 9 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz in Verbindung mit dem bisherigen § 9 Absatz 1a Nummer 2 von der Bundesschiedsstelle getroffene Festlegung fort.

Gelingt den Vertragsparteien eine Einigung über die Vereinbarung der Zuschläge und deren Höhe nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 Satz 1. Dabei müssen nach § 13 Absatz 1 Satz 2 die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften, also auch § 5 Absatz 3, beachtet werden.

Zur Rechtsbereinigung entfallen die bisher in Satz 2 formulierten Übergangsfristen wegen Zeitablaufs.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Zu Buchstabe a (Absatz 2a Satz 1 Nummer 2)

Voraussetzung für die krankenhausindividuelle Verhandlung von gesonderten Zusatzentgelten nach § 6 Absatz 2a Nummer 2 ist es, dass die Behandlungskosten die Summe aus DRG-Vergütung und Zusatzentgelten um mindestens 50 Prozent überschreiten. Sind Pflegepersonalkosten zukünftig nicht mehr Bestandteil des DRG-Systems, muss dies zur Vermeidung von Verwerfungen auch bei den für die Verhandlung der gesonderten Zusatzentgelte maßgeblichen Behandlungskosten berücksichtigt werden. Die Regelung gibt vor, dass die für die Vereinbarung von gesonderten Zusatzentgelten maßgeblichen Behandlungskosten um die Kosten zu vermindern sind, die von dem Pflegebudget nach § 6a erfasst werden.

Zu Buchstabe b (Absatz 3 Satz 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Buchstabe a, die den bisherigen Text des Gesetzentwurfs inhaltsgleich wiedergibt.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Zu Buchstabe a (Absatz 1 Nummer 7)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass diese Kostensteigerungen bei der Ermittlung der korrekten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen für die übrigen Beschäftigtengruppen nicht zu berücksichtigen sind, um verzerrte Ergebnisse zu vermeiden.

Zu Buchstabe b (Absatz 1a Nummer 2)

§ 9 Absatz 1a Nummer 2 wird zum 1. Januar 2020 aufgehoben. Zugleich wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene zu konkretisieren (§ 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Durch die vom G-BA zu beschließenden Vorgaben sollen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten konkret von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden, damit auf dieser Grundlage ab dem Jahr 2020 Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten und die Vorgaben des G-BA-Beschlusses erfüllen, regelhaft entsprechende Zuschläge vereinbaren können.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Zu Buchstabe a (Absatz 5)

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc (Satz 2 und 3)

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass nicht zusätzlich eine Berücksichtigung bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte erfolgen darf.

Zu Buchstabe b (Absatz 6 Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 KHG und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung. Bei der Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 ist zu berücksichtigen, dass er nicht die Obergrenze für die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bildet.

Artikel 11 – 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 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   *a) Nach der Angabe zu § 114a werden die folgenden Angaben zu den §§ 114b und 114c eingefügt:
   „§ 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
   § 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.

*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

   b) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:
   „§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.
   c) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:
   „§146 Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.
2. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:
   „(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“
3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:
   „(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.
   (6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie ausnahmsweise auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich
   1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
   2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
   3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
   4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

   Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.
   (7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von

Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung."

4. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen" gestrichen.
5. In § 33 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt," durch die Wörter „Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt," ersetzt.
6. § 37 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung nach den Wörtern „Häuslichkeit durch" und nach den Wörtern „sofern dies durch" die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung" jeweils durch die Wörter „einen

zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“

cc) Im bisherigen Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ gestrichen.

dd) In dem bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 9“ ersetzt.

b) Nach Absatz 4 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten.“

c) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens
1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

7. In § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.
8. Dem § 44 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren automatisch erfolgen. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherren nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.“
9. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.
10. § 45b wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“

11. § 45d wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden die Wörter „Je Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr“ durch die Wörter „Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt“ eingefügt.

b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75

Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt."

c) Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Selbsthilfegruppen" die Wörter „im Sinne dieser Vorschrift" eingefügt und werden nach den Wörtern „oder als Angehörige" die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende" eingefügt.

12. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist."
13. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung" die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes" eingefügt.
14. § 56 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden die Wörter „und Lebenspartner" gestrichen.
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ehegatten" die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner" und nach dem Wort „geschlossen" die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet" eingefügt.
bb) In den Nummern 1 und 4 werden nach dem Wort „Ehegatten" jeweils die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner" eingefügt.

14a. Dem § 71 wird folgender Absatz 5 angefügt:
„(5) Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden."

15. Dem § 75 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann."
16. In § 78 Absatz 4 werden die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3" gestrichen.
17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen."
18. § 106a wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der

privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln."

b) Folgender Satz wird angefügt:
„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen."

19. In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 45c" die Wörter „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2" eingefügt.

20. § 113b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Absätzen 4 und 8" die Wörter „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2" eingefügt.
b) In Absatz 3 Satz 8 werden nach den Wörtern „Absätze 4 und 8," die Wörter „des § 8 Absatz 5 Satz 2," eingefügt.
c) In Absatz 9 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen" eingefügt.

20a. Nach § 114 Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen. Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse."

20b. § 114a Absatz 1 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde."

*20c. Nach § 114a werden die folgenden §§ 114b und 114c eingefügt:

„§ 114b

Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 einmal und ab dem 1. Juli 2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Die indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.

(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 30. Juni 2020 erstmals erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.

(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1 000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.

§ 114c

Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. September 2019 in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest.

Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.“

*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

20d. In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 18b, 114a Absatz 7“ durch die Wörter „den §§ 18b, 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1“ ersetzt.

20e. In § 123 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „6 erster Halbsatz, Satz 7“ durch die Wörter „9, 10 erster Halbsatz“ ersetzt.

21. § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133
Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.“

22. Folgender § 146 wird angefügt:

„§ 146
Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.“

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht) – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss
Zu Buchstabe b und Buchstabe c
Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der geänderten und der neuen Überschrift in die Inhaltsübersicht.
Zu Nummer 2 (§ 1 Absatz 7)
Eingetragene Lebenspartner haben das Recht, nicht aber die Pflicht, die Lebenspartnerschaft in eine Ehe umzuwandeln. Daher ist

sicherzustellen, dass sie bei allen Vorschriften der Pflegeversicherung dauerhaft weiterhin Berücksichtigung finden. Ebenso wird es noch für eine lange Übergangszeit Sachverhalte geben, die ggf. auf die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz zurückwirken. Durch die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommenen Änderungen wird klargestellt, dass eingetragene Lebenspartner dauerhaft sowohl mit verschiedengeschlechtlichen als auch mit gleichgeschlechtlichen Ehepartnern gleich gestellt sind und bleiben. Diesem Ziel dient auch die Änderung in der Grundvorschrift des § 1. Mit dieser Regelung wird zugleich zum Ausdruck gebracht, dass eingetragene Lebenspartner in Hinsicht auf alle Vorschriften innerhalb des Elften Buches als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners gelten, unabhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit den für Familienangehörige beziehungsweise Angehörige geltenden Regelungen in der jeweiligen Vorschrift explizit mit genannt werden oder nicht. Etwas anderes würde nur dort gelten, wo ausdrücklich etwas anderes bestimmt würde. Damit wird für das gesamte SGB XI im Hinblick auf die eingetragenen Lebenspartner Rechtssicherheit hergestellt.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Absatz 5

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 wurden die Vertragsparteien nach § 113 verpflichtet, gemäß § 113 Absatz 1b eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen. Notwendige Voraussetzung für den Betrieb dieser Datenauswertungsstelle ist die Sicherstellung ihrer Finanzierung. Nach Vorliegen der notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten durch die zur Entwicklung von Instrumenten für die Messung und Darstellung der Qualität in stationären Einrichtungen gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 1 beauftragten Wissenschaftler ist nun eine sachgerechte Finanzierungsregelung zu treffen. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 6 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (Neueinstellungen/Stellenaufstockung, Pflegefachkraft in Ausbildung, Frist auf vier Monate erweitert) und Einfügen von Satz 10

Alle Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege in Deutschland sollen im Rahmen des Sofortprogramms bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen: Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils einen Zuschlag zur Finanzierung einer halben zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung einer zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von anderthalb zusätzlichen Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von zwei zusätzlichen Pflegestellen.

Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, das über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Damit wird insbesondere der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Altenpflege pauschal teilweise berücksichtigt. Mit den zusätzlichen Pflegekräften erhalten die Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege. Es muss sich hierbei grundsätzlich um Pflegefachkräfte handeln, die in der Pflegeeinrichtung zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen für die zu versorgenden Pflegebedürftigen zum Einsatz kommen. Soweit es der Pflegeeinrichtung trotz anhaltender Aktivitäten wie Ausschreibung der Stellenanteile und der Meldung der Suche bei der Bundesagentur für Arbeit nachweislich innerhalb von 3 Monaten nicht gelingt, Pflegefachkräfte zu finden, ist ein Vergütungszuschlag auch für Pflegehilfskräfte zulässig. Dabei sind die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraftquote, zu beachten.

Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen. Für die Pflegekassen besteht hier kein Verhandlungsmandat. Über den Verweis auf § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 wird zusätzlich sichergestellt, dass die konkrete Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zugrunde gelegt werden kann und eine darüber hinaus gehende Bezahlung der Beschäftigten eines sachlichen Grundes bedarf.

Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. Die Regelung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, welches sich dazu im Rahmen der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit diesem ins Benehmen setzt. Zur Reduzierung des Aufwandes und zur Vermeidung von Schwankungen hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte wie beispielsweise im Hinblick auf das zusätzlich beschäftigte Pflegepersonal oder die dafür zugrunde gelegte Bezahlung sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen. Für den Nachweis der zusätzlichen Stellen und der zugrunde gelegten Bezahlung der Beschäftigten findet das Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 6 und 7 entsprechende Anwendung. Um über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich hierüber zu berichten.

Zu Absatz 7 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 10 (Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse)

In der Altenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Fachkräften, der derzeit nicht gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich diese kritische Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Eine gute und verlässliche Pflege ist für unsere Gesellschaft von ganz entscheidender Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betroffen sind hier insbesondere ältere und hochaltrige Menschen, die ein hohes Schutzbedürfnis haben.

Es ist daher unerlässlich und gerechtfertigt, dem derzeitigen außergewöhnlichen Mangel an Fachkräften in der Altenpflege in dieser ganz besonderen Situation auch durch entsprechende zielgerichtete Maßnahmen schnellstmöglich entgegenzuwirken. Dabei sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass professionelle Pflege rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche geleistet wird und dementsprechend auch für viele Pflegekräfte immer wieder und über längere Zeiträume die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich ist. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Die Regelung in Absatz 7 zielt darauf ab, durch die zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre angelegte Unterstützung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken. Sie ermöglicht es den Pflegekräften, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.
In den Jahren 2019 bis 2024 werden aus dem Ausgleichsfonds für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Stärkung der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen. Beispiele hierfür sind trägereigene Kindertagesstätten, die Unterstützung und Anpassung bzw. Erweiterung von Betreuungsangeboten auf Ferienzeiten, auf das Wochenende und auf Feiertage, auf Zeiten des Nachtdienstes oder Randzeiten. Aber auch Initiativen zur Einführung neuer, an den Bedürfnissen von Personen mit Familienpflichten und Pflegeaufgaben orientierten Personalmanagementmodelle oder für professionelle Beratung zur Optimierung der Dienstplangestaltung sollen gefördert werden. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.
Die Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Als Grundlage hierfür stehen die nach Ländern aufgeschlüsselten Daten des Statistischen Bundesamtes (zuletzt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, erschienen im Januar 2017) zur Verfügung. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen und die Anträge zu bearbeiten (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung). Der jährliche Höchstförderbetrag je Einrichtung beträgt 7 500 Euro. Um eine flexiblere und effektivere Förderung zur ermöglichen, wird zusätzlich die Möglichkeit zur Kombination von Förderzuschüssen aus zwei Kalenderjahren eröffnet: Eine Pflegeeinrichtung , die den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat, kann im nachfolgenden Kalenderjahr den Förderzuschuss nach den Sätzen 3 und 4 erhöht um die Höhe des nicht verbrauchten Betrages aus dem Vorjahr abrufen, sofern der auf Landesebene im vorangegangenen Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtförderbetrag noch nicht ausgeschöpft ist. Die Gesamtfördersumme von bundesweit 100 Millionen Euro im Jahr steigt dadurch nicht an. Förderfähig sind auf Antrag Maßnahmen, zu denen von den Pflegeeinrichtungen selbst eine Eigenleistung erfolgt. Die Förderung durch die Pflegeversicherung kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein, damit das Verfahren möglichst unbürokratisch ablaufen kann. Um den Aufwand gering zu halten, sollen in den Förderanträgen auch zeitlich und sachlich unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst werden können.
Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 100 Millionen Euro. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.
Zu Absatz 8 – Anmerkung: siehe Änderung in Satz 5 durch den 14. Ausschuss (Einvernehmen mit dem PKV-Verband, Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse)
Um das Entlastungspotential digitaler Anwendungen für die professionelle Pflege zu fördern, kann in den Jahren 2019 bis 2021 jeder ambulanten bzw. stationären Einrichtung ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung gewährt werden. Der maximale Förderbetrag beträgt 12 000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investition durch die jeweilige Einrichtung. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind einmalig Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung zum Beispiel zur Erleichterung der Pflegedokumentation oder für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Videosprechstunden), für das interne Qualitätsmanagement, für die Erhebung von Qualitätsindikatoren und für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Die Investitionen dienen der Entlastung der Pflegekräfte. Es können auch mit Investitionen zusammenhängende Schulungen gefördert werden.
Einzelheiten zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden durch Richtlinien geregelt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 beschließt. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. In diesen Richtlinien sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. In den Richtlinien ist deshalb auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung der Fördermittel zuständig ist.
Zu Absatz 9
Die Regelung sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Absätzen 5, 6, 7 und 8 ergeben. Eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist angezeigt, da auch privat Versicherte von den durch diese Regelungen ausgelösten Verbesserungen profitieren werden, d. h. von besseren Informationen über die Pflegequalität bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung (Absatz 5) und auch von verbesserten Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in personeller wie technischer Hinsicht (Absätze 7 und 8). Hinsichtlich des Betrages, den die privaten Versicherungsunternehmen zur Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 beisteuern, siehe die Begründung zu Absatz 6.
Durch die Verpflichtungen zur Kostentragung und zur Finanzierungsbeteiligung, die den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch dieses Gesetz neu entstehen, ändern sich die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend. Bei den Bestandsverträgen sind diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Die privaten Versicherungsunternehmen können die Prämien an die insoweit geänderten Rechnungsgrundlagen anpassen. Die Anpassung bedarf wie jede andere Anpassung der Zustimmung des Treuhänders nach § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Für das Wirksamwerden der Neufestsetzung der Prämie und das Sonderkündigungsrecht gelten die bei anderen Beitragsanpassungen anzuwendenden Regelungen entsprechend.
Zu Absatz 10
Die Einzelheiten der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesversicherungsamt vereinbart. Die Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß Absatz 7 ist Gegenstand der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Auch die Festlegung der inhaltlichen Fördervoraussetzungen nach Absatz 7 bleibt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorbehalten.
Zu Nummer 4 (§ 30 Absatz 2 Satz 1)
Die Vergütungssätze für Beratungen nach § 37 Absatz 3 werden künftig nicht mehr durch Gesetz festgelegt, sondern im Vereinbarungswege. Dies macht auch die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Vergütungssätze entbehrlich.
Zu Nummer 5 (§ 33 Absatz 1 Satz 3)
Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, mit der im Wortlaut besser zum Ausdruck gebracht wird, dass Fälle, bei denen

zwischen dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung ein Monatswechsel stattgefunden hat, einheitlich zu behandeln sind. Dies entspricht der derzeitigen Praxis der Pflegekassen. Die Bestimmung, dass die Leistungsgewährung frühestens von dem Zeitpunkt an erfolgt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, bleibt hiervon unberührt.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Zu Buchstabe a (Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

In der Praxis werden die Beratungseinsätze in der Regel durch zugelassene Pflegedienste durchgeführt. Die Änderung trägt dem Rechnung. Sie ist zudem aus Gründen der Vereinfachung notwendig. Sie stellt sicher, dass die entsprechende Anwendung des Vertrags- und Vergütungsrechts zur Festlegung der Vergütungssätze, wie sie der neue Satz 5 vorsieht, auf den ambulanten Bereich beschränkt bleibt und nicht auch auf den stationären Bereich zu erstrecken ist. Dabei sind zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Änderung auch künftig nicht von der Beratung ausgeschlossen, sondern sie können sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen als Beratungsstelle anerkennen lassen. Die Vergütung richtet sich dann nach dem neuen Satz 7. Sofern zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem bisher geltenden Recht bereits Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchgeführt haben, stellt die Überleitungsvorschrift nach § 146 Absatz 2 sicher, dass sie als anerkannte Beratungsstellen anzusehen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 5 bis 8)

Der größte Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bezieht ausschließlich Pflegegeld. Um zu gewährleisten, dass auch diese Gruppe stets angemessen versorgt und betreut wird, sieht Absatz 3 einen verpflichtenden Beratungsbesuch in regelmäßigen Abständen vor, der in erster Linie von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt wird. Die Vergütung für diese Beratungsbesuche ist bislang gesetzlich festgelegt. Vielfach wird beklagt, dass die derzeit geltenden Vergütungssätze für eine fachlich anspruchsvolle Beratung mit der Zielsetzung, die Qualität der Pflege zu sichern, nicht ausreichen. Dies gelte insbesondere auch im Lichte der nach Absatz 5 abzugebenden Empfehlungen, in denen Anforderungen an eine fachlich anspruchsvolle Beratung niederzulegen sind. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Daher ist § 89 Absatz 1 und 3 entsprechend anzuwenden. Absatz 2 bleibt von der entsprechenden Anwendung ausgenommen, weil die Vertragsparteien bereits in Satz 5 selbst festgelegt sind. Die Neuregelung ermöglicht es, leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren. Über die Verweise in § 89 Absatz 3 ist sichergestellt, dass wesentliche Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze des Vergütungsrechts auch bei der Vereinbarung der Vergütung für Beratungsbesuche zur Anwendung kommen. So ist auch die gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 ermöglicht. Durch die entsprechende Anwendung des § 89, der seinerseits unter anderem auf § 85 Absatz 3 bis 7 verweist, ist ferner sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind. Außerdem ist durch den Verweis auf § 86 (Pflegesatzkommission), der in § 89 Absatz 3 enthalten ist, die Möglichkeit eröffnet, die Vergütungen für die Beratungseinsätze auf kollektiver Ebene zu verhandeln. Die Vertragspartner können die Vergütungssätze gestaffelt für alle Pflegegrade vereinbaren. Dabei bleibt es ihnen überlassen, ob Vergütungssätze für jeden Pflegegrad separat vereinbart oder entsprechend dem geltenden Recht Gruppen gebildet werden.

Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 können nicht nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkräfte durchgeführt werden, sondern auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften. Im Interesse einer verwaltungsarmen und einfachen Vergütungsregelung für diese Stellen legen die Verbände der Pflegekassen im Land unter Zugrundelegung der mit den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen zur Beratung beauftragten Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen fest und veröffentlichen diese in geeigneter Weise. Die Vergütungssätze, die für die Pflegeeinrichtungen ausgehandelt werden, müssen wirtschaftlich und leistungsgerecht sein (§ 89 Absatz 3 in Verbindung mit § 84 Absatz 2), sodass eine Orientierung an diesen Vergütungssätzen zur Festlegung der Vergütung für die gleiche Beratungsleistung (etwa durch Bildung eines Landesdurchschnitts) angemessen ist. Hierdurch soll weiterer Aufwand zur Festlegung der Vergütungssätze für diese Stellen vermieden werden. Diese Regelung soll erst im Jahre 2020 zur Anwendung kommen, weil erst im Laufe des Jahres 2019 Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen werden können, an die sich die Festlegung anzulehnen hat.

Neben den bereits genannten Stellen können auch Pflegeberater nach § 7a Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 durchführen. Für diese Personen ist keine gesonderte Vergütungsregelung vorgesehen, da es sich in aller Regel um Mitarbeiter der Pflegekassen selbst handelt. Sofern die Pflegeberatung nach § 7a anderen Stellen übertragen ist, greifen zur Festlegung der Vergütung die neuen Regelungen.

Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 9)

Die Vereinbarungspartner vereinbaren nach der neuen Regelung Vergütungssätze für Beratungsbesuche einschließlich des Pflegegrades 1. Dementsprechend umfassen die Festlegungen zur Vergütungshöhe für andere Beratungsstellen durch die Landesverbände der Pflegekassen, die in Anlehnung hieran erfolgen, ebenfalls den Pflegegrad 1. Das macht die bisherige gesetzliche Anknüpfung der Vergütungshöhe für Beratungseinsätze für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 an die Vergütungshöhe anderer Pflegegrade entbehrlich.

Zu Doppelbuchstabe dd (Satz 10)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze 5 bis 8.

Zu Buchstabe b (Absatz 4 Satz 3 und 4)

Grundsätzlich bedürfen Mitteilungen an die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen über die Ergebnisse des Beratungsbesuchs der Einwilligung des Pflegebedürftigen. An diesem Grundsatz wird festgehalten.

Allerdings gibt es Konstellationen, in denen es notwendig sein kann, noch einmal den Versuch zu unternehmen, die Pflegesituation zum Wohle des Pflegebedürftigen zu verbessern. Kommt die Beratungsperson etwa zu der Überzeugung, dass eine Situation gegeben ist, die die Inanspruchnahme weiterer oder anderer Leistungen erfordert, um die pflegerische Versorgung auf gutem Niveau sicherzustellen, ist der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen, dass eine weitergehende Beratung für erforderlich gehalten wird, auch wenn der Pflegebedürftige keine Einwilligung zu einer umfassenden Mitteilung gegeben hat. Die Pflegekasse hat dann eine Beratung nach § 7a anzubieten und kann in dem Fall, in dem eine Beratung abgerufen wird, etwaige Anpassungen der Leistungen mit den Betroffenen erörtern und ggf. einleiten.

Dabei beschränkt sich der Hinweis der Beratungsstelle an die Pflegekasse darauf, dass eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse angezeigt ist, die dann ihrerseits eine entsprechende Beratung anzubieten hat. Personenbezogene Daten über die Pflegesituation dürfen dabei mangels Einwilligung nicht übermittelt werden.

Das Pflegegeld wird gewährt zur eigenen Sicherstellung der Pflege. Dies macht ein effektives begleitendes Beratungssystem erforderlich, in das die Pflegekassen sinnvoll eingebunden sind. Dies gewährleistet die hier vorgeschlagene Lösung, ohne die Anforderungen an einen wirksamen Schutz der Daten der Betroffenen zu vernachlässigen.

Zu Buchstabe c (Absatz 5 Satz 2)

Mit der Regelung sollen die an die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 zu stellenden Anforderungen im Gesetz besser als bisher verdeutlicht werden. Durch die Ergänzung des Absatzes 5 werden die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert. In der Hauptsache betrifft die Konkretisierung die Beratungsstandards und die Qualifikation der Beratungspersonen. Ferner haben die Empfehlungen Ausführungen zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall zu enthalten. Dies kann beispielsweise vom Angebot weiterer Beratungsgespräche hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung über eine erneute Begutachtung bis hin zur Erörterung eines Wechsels der Versorgungsform reichen.
Zu Buchstabe d (Absatz 5a – neu –)
Die Regelung in dem neuen Absatz 5a sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beschließt. Bestandteil der Richtlinien sind ebenfalls die Anforderungen an die Aufbereitung und standardisierte Dokumentation dieser Erkenntnisse. Damit wird der Umgang der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen mit den bei den Beratungsbesuchen jeweils gewonnenen Erkenntnissen konkretisiert und vereinheitlicht. Die Erfüllung der Pflicht der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen wird hierdurch besser nachvollziehbar und die Nutzung der bei den Beratungsbesuchen gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation der Pflegebedürftigen im Interesse der Versicherten kann verbessert werden.
Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.
Zu Nummer 7 (§ 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3)
Durch die Bezugnahme auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung wird die Vorschrift zum einen an den seit dem 1. Januar 2017 in diesem Buch verwendeten Sprachgebrauch angepasst. Zum anderen kommt durch die Anpassung der Formulierung noch deutlicher zum Ausdruck, dass die Person (Präsenzkraft), die durch die Mitglieder der ambulant betreuten Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt wird, nicht im Rahmen der individuellen pflegerischen Versorgung tätig wird, sondern dass sich ihre Tätigkeiten auf die Unterstützung der gesamten Wohngruppe als solcher richten. Dazu gehört, dass die Präsenzkraft für die Wohngruppe Unterstützung im organisatorisch-verwaltenden Bereich leistet, zur Förderung des Gemeinschaftslebens tätig wird oder auch die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt. Denn auch dies bietet Gelegenheit, die Wohngruppenmitglieder im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten aktiv in die Gestaltung des Wohngruppenalltags einzubeziehen (vergleiche auch BT-Drucksache 18/2909, Seite 42).
Zu Nummer 8 (§ 44 Absatz 5 Satz 4 bis 6)
Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson
– einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und
– für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung anteilig getragen werden,
der zuständigen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, Folgendes über die Pflegeperson mitzuteilen:
1. Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. Familien- und Vornamen,
3. Geburtsdatum,
4. Staatsangehörigkeit,
5. Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.
Diese Meldung ist u. a. erforderlich, um die reibungslose Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen und dessen Beihilfestelle oder Dienstherrn sicherzustellen. Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes, der sich der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages angeschlossen hat, waren diese Meldungen in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, wodurch Beitragsausfälle, zumindest aber verspätete Beitragsabführungen, zu Lasten der Träger der Rentenversicherung eingetreten sind.
Mit Beschluss vom 2. Juni 2017 hat der Rechnungsprüfungsausschuss eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung der Verfahrensabläufe bis zum Ende des Jahres 2018 angemahnt. Durch die jetzt vorgesehene Ergänzung wird dem Rechnung getragen. Künftig werden die Mitteilungen der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren technisch automatisiert ausgelöst werden. Sofern die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungspflichten nicht erfüllen, müssen sie für Zahlungsverzögerungen auf Grund ihres Verhaltens (nicht für eventuelle weitere Zahlungsverzögerungen im Verantwortungsbereich der Beihilfestellen) Säumniszuschläge an die Träger der Rentenversicherung entrichten. Die Verpflichtung, Säumniszuschläge zu entrichten, entfällt, wenn im Einzelfall von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen begründet werden kann, dass kein Verschulden vorliegt.
Die Neuregelung bezieht sich nur auf Meldevorgänge im Hinblick auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen (und nicht von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung).
Zu Nummer 9 (§ 45a Absatz 1 Satz 5)
Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45a vereinheitlicht wird.
Zu Nummer 10 (§ 45b)
Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 5)
Der bisherige Absatz 2 Satz 3 wird in Absatz 1 verschoben und diesem als letzter Satz angefügt sowie entsprechend redaktionell angepasst, um die Regelungen in § 45b besser nachvollziehbar zu ordnen.
Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 3)
Im Rahmen der statistischen Erfassung von Leistungen nach § 45b sollen die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, künftig danach differenzieren, in welchem Umfang der Entlastungsbetrag für Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tagespflege oder Nachtpflege, mit Leistungen der Kurzzeitpflege, mit Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 oder mit Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a eingesetzt wird. Um diese Unterscheidung sicher treffen zu können, muss im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung deutlich werden, für welche dieser Leistungen die Kos-

tenerstattung jeweils erfolgen soll. Besonders wichtig ist das bei einem Tätigwerden von Trägern von Pflegeeinrichtungen, insbesondere von Pflegediensten, da es in manchen Fällen allein in deren Wissen liegt und daher auch in deren Verantwortung steht anzugeben, ob ihre Leistungserbringung in dem jeweiligen Fall § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 3 oder Nummer 4 zuzuordnen ist. Mit der vorliegenden Ergänzung zur Klarheit der Angaben bei der Vorlage von Belegen, die zwecks Kostenerstattung nach § 45b Absatz 2 bei den Leistungsträgern eingereicht werden, werden die Voraussetzungen für eine entsprechend differenzierte statistische Erfassung geschaffen. Die Nutzung des Entlastungsbetrags nach § 45b soll damit in der statistischen Auswertung bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, danach unterschieden werden können, für welche der in Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 genannten Leistungen der Entlastungsbetrag jeweils in welchem Umfang eingesetzt wird. Dafür ist es erforderlich, dass für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen sofort und eindeutig erkennbar ist, ob die jeweilige Erstattung für Aufwendungen im Zusammenhang mit

– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 – also Leistungen der Tagespflege oder der Nachtpflege,
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 – also Leistungen der Kurzzeitpflege,
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 – also Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (aber nur in Pflegegrad 1 auch Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung) oder
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 – also Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

erfolgen soll. Dies ist grundsätzlich bereits durch die Anbieter der Leistungen auf den Belegen anzugeben, die dann zwecks Kostenerstattung gemäß § 45b bei den Leistungsträgern vorgelegt werden. Für die Pflegebedürftigen soll hierdurch keine zusätzliche bürokratische Belastung entstehen. Um eine eindeutige Kennzeichnung zu erreichen, bietet es sich an, auf den jeweiligen Belegen anzugeben, welcher der vier Nummern des Absatz 1 Satz 3 die Leistungen zuzuordnen sind; dies gilt insbesondere für zugelassene Pflegeeinrichtungen. Das muss jedoch nicht die einzige Art und Weise sein, in der die Angabe erfolgen kann. Entscheidend ist, dass der Leistungsträger, bei dem die Belege eingereicht werden, durch die Angabe ohne Weiteres eindeutig erkennen kann, welcher der Leistungen nach den Nummern 1, 2, 3 oder 4 des Absatz 1 Satz 3 die Leistung jeweils zuzuordnen ist.

Sollte es – gerade in der Anfangszeit nach Einführung dieser Regelung oder bei neuen nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag – zunächst zu noch nicht ausreichenden Angaben kommen, sind die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen gehalten, ggf. diejenigen, die die Belege einreichen, und vor allem jeweils die Anbieter der Leistungen in nachvollziehbarer Weise auf die für Zwecke der statistischen Erfassung erforderliche Gestaltung hinzuweisen und ggf. dazu zu beraten, wie dies bürokratiearm umgesetzt werden kann.

Die Norm dient allein statistischen Zwecken. Ein Leistungshindernis oder andere Nachteile zu Lasten der Anspruchsberechtigten dürfen aus ihr nicht abgeleitet werden.

Zu Nummer 11 (§ 45d) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss und dessen Neufassung von Satz 2 (bis 12)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch, der im Übrigen in § 45d verwendet wird. Für nähere Erläuterungen zum Begriff der Personen, die im Sinne der Vorschriften des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels den Angehörigen vergleichbar Nahestehende sind, siehe auch BT-Drucksache 18/1798, Seite 35.

Zu Nummer 12 (§ 46 Absatz 2 Satz 7)

Nach Auffassung der Rechtsprechung fehlt es an der Legitimation der Krankenkassen, auch für die bei ihnen jeweils errichtete Pflegekasse Beitragsrückerstattungen von zu Unrecht gezahlten Beiträgen vorzunehmen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 23.05.2017 – B 12 KR 9/16 R –, mit Hinweis auf frühere Rechtsprechung). Mit der Ergänzung wird die Legitimation für die Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid von Kranken- und Pflegeversicherung auch im Interesse der Verwaltungsökonomie geschaffen. An der getrennten finanziellen Buchung zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung ändert sich durch die Neuregelung nichts.

Zu Nummer 13 (§ 55 Absatz 3a Nummer 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der im Wortlaut der Vorschrift klargestellt wird, dass der Zeitpunkt der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes im Rahmen der Vorschrift ebenso zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Schließung einer Ehe.

Zu Nummer 14 (§ 56)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 56 vereinheitlicht wird. Da durch den neu angefügten § 1 Absatz 7 bereits generell geregelt wird, dass eingetragene Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners bzw. der jeweils anderen eingetragenen Lebenspartnerin gelten, müssen die Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen in § 56 Absatz 1 neben den Familienangehörigen nicht noch einmal gesondert genannt werden. Sie sind vielmehr hier wie auch in § 56 Absatz 4 bereits vom Begriff der Familienangehörigen mitumfasst.

Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4)

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen, mit denen jeweils klargestellt wird, dass eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ebenso zu behandeln sind wie Ehegatten und die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes ebenso zu behandeln ist wie eine Eheschließung.

Zu Nummer 15 (§ 75 Absatz 3 Satz 5)

Pflegekräfte, die bei demselben Einrichtungsträger beschäftigt sind, müssen flexibel in den verschiedenen Versorgungsbereichen des Trägers eingesetzt werden können. Dies gilt insbesondere bei abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2 Satz 1, ist aber davon unabhängig und nicht nur auf diesen Bereich beschränkt. Entsprechend der bestehenden arbeitsrechtlichen Möglichkeiten müssen die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen auch auf diesen Bedarf hin überprüft und ausgerichtet werden, um eine Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals durch einen flexiblen Arbeitseinsatz zu ermöglichen.

Zu Nummer 16 (§ 78 Absatz 4)

Die Festbeträge nach Absatz 3 sind entfallen, daher ist der Verweis auf diese zu streichen.

Zu Nummer 17 (§ 89 Absatz 3 Satz 3) – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss

Zu einer Verbesserung der Versorgung gehört auch im Bereich des Pflegeversicherungsrechts eine bessere Vergütung der Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind die Grundsätze, die darauf bezogen von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches festzulegen sind, auch von den Vereinbarungspartnern in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 18 (§ 106a)

Zu Buchstabe a (Satz 1)

In der Neufassung wird der Begriff „Einverständnis“ durch den Begriff „Einwilligung“ ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine re-

daktionelle Anpassung an den in der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2) verwendeten Begriff der Einwilligung. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen auch an die Beihilfefestsetzungsstellen datenschutzrechtlich abgesichert. In der Regelung wird zudem der Begriff „Pflegeeinrichtungen" durch den Begriff „Pflegedienste" ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1.

Zu Buchstabe b (Satz 3 – neu)

Siehe hierzu die Begründung zu der inhaltlich gleichen Änderung des § 37 Absatz 4.

Zu Nummer 19 (§ 111 Absatz 1 Satz 1)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die sicherstellt, dass die Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 5 bis 8 in den Risikoausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen aufgenommen wird.

Zu Nummer 20 (§ 113b)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b (Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 8)

Nach § 113b Absatz 1 entscheidet der Qualitätsausschuss über die dort aufgeführten Aufgaben. Sofern hierbei keine einvernehmliche Einigung erfolgt, entscheidet der Qualitätsausschuss in seiner erweiterten Form mit Mehrheitsbeschluss. Dieses Verfahren wird auch bei den notwendigen Entscheidungen der Vertragsparteien zu den Vereinbarungen mit den Bundesversicherungsamt bezüglich des Verfahrens zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zur Finanzierung der Datenstelle bereitzustellenden Mittel angewandt. Die Festsetzung des erweiterten Qualitätsausschusses ersetzt die zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 5 notwendige Entscheidung der Vertragsparteien.

Zu Buchstabe c (Absatz 9 Satz 1)

Es handelt sich um Regelungen des operativen Geschäftes, die im Verantwortungsbereich der Beteiligten liegen. Eine Verpflichtung zur Vorlage gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit ist insofern nicht notwendig.

Zu Nummer 21 (§ 133)

Bezüglich der Zuordnung der Prozessführung des Pflegevorsorgefonds ist es zu Unklarheiten bei der Auslegung der bisherigen Regelung gekommen. Daher wird in dem neu gefassten § 133 gesetzlich geregelt, dass das Bundesversicherungsamt den Pflegevorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren vertritt, also als prozessführende Behörde des Pflegevorsorgefonds konkret benannt wird. Die Vertretung des Sondervermögens in Rechtsstreitigkeiten umfasst die Prozesseinleitung und Prozessführung. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertreten ist. Die Regelungen in Bezug auf die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren durch das Bundesversicherungsamt gelten ab dem 1. Januar 2020. Um keine Regelungslücke entstehen zu lassen, wird die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren bis zum Ende des Jahres 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit wahrgenommen. Dieses führt außerdem die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordenen gerichtlichen Verfahren bis zu deren Abschluss fort.

Zu Nummer 22 (§ 146 – neu)

Zu Absatz 1

Um sicherzustellen, dass in der Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Vergütungssätzen für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 oder deren Festlegung durch die Landesverbände der Pflegekassen kein vergütungsloser Zustand eintritt, gelten die bis zum 31. Dezember 2018 in § 37 gesetzlich festgelegten Vergütungssätze gemäß § 146 Absatz 1 in der Übergangsphase fort.

Zu Absatz 2

Nach dem Wortlaut des § 37 Absatz 3 können nach dem bisher geltenden Recht auch zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 Beratungsbesuche durchführen. Dies stellt in der Praxis einen Ausnahmefall dar. Gleichwohl soll durch § 146 Absatz 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung bisher Beratungseinsätze durchgeführt haben. Sie gelten dann als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7, deren Vergütungssätze in dem neuen Verfahren nach dem neuen § 37 Absatz 3 Satz 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Einführung der §§ 114b und 114c.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Absatz 6

In der gesetzlichen Anspruchsgrundlage für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung der zusätzlichen Stellen in § 8 Absatz 6, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, wird zur Klarstellung aufgenommen, dass die zusätzlichen Stellenäquivalente nach Einrichtungsgröße von den Pflegeeinrichtungen sowohl durch Neueinstellungen als auch durch zeitliche Erweiterung bislang in Teilzeit besetzter Stellen umgesetzt werden kann.

Die Vorschrift wird stärker darauf konzentriert, dass es sich um Pflegefachkräfte handeln muss, die mit dem Vergütungszuschlag finanziert werden. Daher wird die gesetzlich vorgesehene Frist bis zur ausnahmsweise vorgesehenen Möglichkeit, auch Pflegehilfskräfte damit zu finanzieren, auf vier Monate verlängert. Zudem wird sie mit der zwingenden Voraussetzung verknüpft, dass die Pflegehilfskräfte damit verbunden eine Ausbildung zur Pflegefachkraft aufnehmen bzw. bereits aufgenommen haben In diesem Fall kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Auszubildendenvergütung über den Vergütungszuschlag finanziert werden. Die Finanzierung der Auszubildendenvergütung über den Ausbildungsfonds nach dem Pflegeberufegesetz bleibt unberührt. Dies unterstützt das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen. Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachkraft kann dieses Pflegepersonal über den regelmäßigen Vergütungszuschlag für Pflegefachkräfte nach Absatz 6 Satz 3 nahtlos weiterfinanziert werden.

Zudem wird für das Verfahren die Präzisierung aufgenommen, dass die Landesverbände der Pflegekassen bis zum Vorliegen der Bestimmung des Spitzenverband Bund der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherzustellen haben. Hierbei genügt für die Pflegeeinrichtungen die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.

Zu Absatz 7 (Satz 10)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Förder-Richtlinien herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch den

Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festzulegen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu wird die entsprechende Anwendung von § 17 Absatz 2 angeordnet. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.
Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse erfolgt.
Zu Absatz 8 (Satz 5)
Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Richtlinien zur Zuschussvergabe herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Zuschusses sowie zu dem Verfahren zur Gewährung des Zuschusses, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 in Richtlinien festgelegt. Dabei sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. Deshalb ist auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung des Zuschusses zuständig ist. Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung des Zuschusses durch eine Pflegekasse erfolgt. Die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festgelegten Inhalte bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu findet § 17 Absatz 2 entsprechende Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.
Zu Nummer 11 (§ 45d)
Zu Buchstabe a (Satz 1)
Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit Mitteln nach § 45d gefördert werden, von 50 Prozent auf 75 Prozent erhöht. Bei der bisherigen Zuschussgewährung in Höhe von 50 Prozent durch die Pflegeversicherung und 50 Prozent von Land oder kommunaler Gebietskörperschaft ergab sich insgesamt ein Gesamtfördervolumen von rund 16 Millionen Euro im Kalenderjahr. Um das Gesamtfördervolumen bei einer Zuschussgewährung durch die Pflegeversicherung in Höhe von 75 Prozent in gleicher Höhe aufrecht zu erhalten, werden die von der Pflegeversicherung nach § 45d Satz 1 je Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 Euro auf 0,15 Euro je Versichertem erhöht, so dass die Pflegeversicherung anstelle von bislang rund 8 Millionen Euro insgesamt nunmehr maximal rund 12 Millionen Euro im Jahr für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stellt. Wie bisher beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens. Die Fördermittel werden wie bisher nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt.
Zu Buchstabe b (Satz 2 bis 12)
Die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe werden in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße abgerufen. In manchen Bundesländern werden diese Fördermittel bislang gar nicht genutzt. Im Hinblick auf die Bedeutung der Selbsthilfe, insbesondere zur Unterstützung und Information der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, ist eine bessere Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Mittel jedoch wünschenswert.
Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit den Mitteln nach § 45d Satz 1 gefördert werden, daher von bisher 50 Prozent auf künftig regelmäßig 75 Prozent erhöht.
Für Zuschüsse als Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stehen die Fördermittel der Pflegeversicherung nach § 45d außerdem in Zukunft auch zur Verfügung, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Hierfür können insgesamt Fördermittel in Höhe von je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem verwendet werden. Die jeweilige Gewährung der Gründungszuschüsse erfolgt aus den nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilten Mitteln nach Satz 1. Um die Förderung bei einer Neugründung zu vereinfachen und das Bewilligungsverfahren zu beschleunigen, beantragen die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die Gründungszuschüsse dabei unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.
Darüber hinaus wird im Gesetz klargestellt, dass Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 2 Satz 3 auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden können, eingesetzte Mittel der Arbeitsförderung entsprechend § 45c Absatz 2 Satz 4 einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt sind und die Übertragbarkeitsregelungen des § 45c Absatz 6 grundsätzlich entsprechende Anwendung finden.
Hinsichtlich der Übertragung von Mitteln, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, wird jedoch eine besondere Regelung in § 45d eingeführt: Von diesen Mitteln wird ein Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem genutzt, um damit bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern. Da die bundesweite Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann, gestaltet sich die Förderung dieser Tätigkeiten im Rahmen des § 45d bislang schwierig. Deshalb erfolgt die Förderung insoweit künftig durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Bewilligung der Förderung aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung unmittelbar zu beantragen ist, kann dabei jeweils für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren erfolgen, um den bundesweit tätigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen insoweit Planungssicherheit zu geben. Bei erneuter Antragstellung ist eine erneute Bewilligung von Fördermitteln möglich. Die Einzelheiten zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfe werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene beschließt und die der Zustimmung der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen, wobei das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Dadurch dass der Betrag zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten aus dem Betrag herausgenommen wird, der von den Ländern auch nach der Übertragung auf das Folgejahr noch nicht genutzt worden ist, wird die Fördergrundlage für die Länder, die die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege traditionell in sehr hohem Maße ausschöpfen, nicht geschmälert. Zugleich ist es den Bundesländern, die diese Mittel bislang nur in geringem Maße nutzen, möglich, ihr Fördervolumen jederzeit zu erhöhen.
Soweit die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, den Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem übersteigen,

können diese Fördermittel zudem weiterhin – wie in § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 geregelt – von den Ländern beantragt und genutzt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel auf das Folgejahr mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel zur Selbsthilfeförderung ausgeschöpft haben.

Zu Buchstabe c (Satz 13)

Die bereits bislang im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zu dem bisherigen § 45d Satz 3 wird redaktionell leicht ergänzt und bildet nun den Buchstaben c.

Zu Nummer 14a (§ 71 Absatz 5) und zu Artikel 12

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, S. 3191) wird § 71 Absatz 4 zum 1. Januar 2020 neu gefasst. Im Rahmen dieser Neufassung treten auch Bestimmungen in Kraft, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, Richtlinien zur näheren Abgrenzung zu erlassen, wann die in § 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der Fassung des PSG III genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Diese Richtlinien sollen jedoch bereits spätestens bis zum 1. Juli 2019, also vor dem Inkrafttreten der Neufassung des § 71 Absatz 4 am 1. Januar 2020 erlassen werden, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für deren Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten. Die im PSG III enthaltenen Regelungen zum Richtlinienerlass in Bezug auf die ab dem 1. Januar 2020 geltende Fassung des § 71 Absatz 4 werden daher in einen neuen § 71 Absatz 5 überführt, der bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt.

Die nach dem PSG III zum 1. Januar 2020 in Kraft tretende Fassung des § 71 Absatz 4 ist damit um die Regelungen zum Richtlinienerlass zu bereinigen. § 71 Absatz 4 wird daher mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 neu gefasst.

Inhaltlich sind die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 und 5 in der vorliegenden Fassung und die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 in der Fassung des PSG III identisch.

Da Artikel 12 bereits Änderungen des SGB XI zum 1. Januar 2020 beinhaltet, werden die neuen Regelungen zu § 71 Absatz 4 SGB XI in diesen Artikel integriert, was eine redaktionelle Neufassung zur Folge hat.

Zu Nummer 17 (§ 89 Absatz 3 Satz 3)

Die Änderung der Regelung zur besseren Honorierung der Wegezeiten nach § 132a Absatz 1 SGB V (Änderungsantrag zu Artikel 7 Nummer 10) wird entsprechend für den Bereich des Pflegeversicherungsrechts in § 89 SGB XI übernommen.

Zu den Nummern 20a bis 20c

Zu § 114 (Absatz 2 Satz 2 bis 4)

Die Änderung trägt der in § 114b (neu) geregelten Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 Rechnung.

Die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens gewonnenen Qualitätsdaten dienen als Informationsgrundlage für die Qualitätsprüfungen und sind eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a.

Parallel zu der verpflichtenden Indikatorenerhebung nach § 114b Absatz 1 Satz 1 durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen beginnt daher auch für die Qualitätsprüfungen ein neuer Prüfrhythmus Die Landesverbände der Pflegekassen können die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige für die im stationären Bereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen somit ab dem 1. November 2019 auf das neue Prüfsystem umstellen. Bis zum 31. Dezember 2020 soll jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft sein. Um Anreize für die Einrichtungen zu setzen, sich um ein hohes Qualitätsniveau zu bemühen, soll zudem zukünftig die Möglichkeit bestehen, den jährlichen Prüfrhythmus für Einrichtungen mit guten Qualitätsergebnissen auf zwei Jahre zu verlängern. Hierzu wird in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c das Nähere geregelt.

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Dazu gehören Informationen über die durch die Datenauswertungsstelle gezogenen Stichprobe, das Ergebnis der statistischen Plausibilitätsprüfung sowie ggfs. weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite oder absehbaren Beratungsbedarf. Die von den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erhobenen und an die Datenauswertungsstelle übermittelten Daten sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen.

Zu § 114a (Absatz 1 Satz 2 und 3)

Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Diese Regelung gilt bereits für ambulante Einrichtungen. Die Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Erprobung von Prüfungen mit Bezug auf indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass durch die kurzfristige Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht wird. Angekündigt wird dabei lediglich der Termin der Prüfung. Hingegen erfolgt ausdrücklich keine Information über die in die Prüfung einbezogene Stichprobe von Pflegebedürftigen. Welche Bewohner in die Prüfung einbezogen werden sollen, wird der Einrichtung vielmehr erst nach dem Eintreffen der Prüfer mitgeteilt. Angesichts dieser Verfahrensweise und mit Blick auf die geringere Bedeutung der Pflegedokumentation bei den neuen Prüfungen wird die Gefahr von Manipulationen daher als gering eingeschätzt. Hingegen besteht bei kurzfristiger vorheriger Bekanntgabe des Prüftermins die Aussicht auf einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Davon können alle an der Prüfung unmittelbar Beteiligten profitieren, aber auch die nicht in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, deren Versorgung auf diese Weise besser sichergestellt werden kann.

Insoweit Regelprüfungen weiterhin auch unangekündigt erfolgen sollen, regelt das Nähere hierzu der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in den Richtlinien nach § 114c Absatz 1.

Anlassprüfungen erfolgen wie bisher unangemeldet.

Zu § 114b

Zu Absatz 1

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1). Das neue Qualitätssystem umfasst die Erhebung indikatorenbezogener Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich, die auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erfasst werden, eine damit verbundene Umstrukturierung des Prüfgeschehens (siehe Änderungen in § 114 und 114a) und ein neues Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das den sogenannten „Pflege-TÜV“ ersetzt (§ 115 Absatz 1a).

Mit der hier vorliegenden Regelung wird die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Bis zum 30. Juni 2020 wird dabei eine Einführungsphase festgelegt. Innerhalb dieses Zeitraums werden alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erstmalig verpflichtet, zu einem einrichtungsindividuell zu bestimmenden Stichtag nach einem strukturierten Verfahren Indikatorenergebnisse, d. h. Daten zu ausgewählten Qualitätsaspekten, zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Anschließend beginnt der regelhafte halbjährliche Rhythmus der Datenerhebung und -übermittlung. Technische Voraussetzung für die Datenübermittlung ist die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle.

Nach Auskunft der Selbstverwaltung über die derzeitigen Planungen ist die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 1. September 2019 eingerichtet. Damit kann sichergestellt werden, dass die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung, wie die Registrierung von allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Datenauswertungsstelle ab September 2019, geschaffen werden. Sollte die Datenauswertungsstelle bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet sein, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen, die der Datenauswertungsstelle durch das Elfte Buch und durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 übertragenen werden.

Grundlage für das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung sind die Maßstäbe und Grundsätze für den stationären Bereich (MuG stationär) gemäß § 113 Absatz 1a, für die der Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 die Einleitung des Beteiligungsverfahrens beschlossen hat. Die Festlegungen in den MuG stationär basieren insbesondere auf den Ergebnissen des von den Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss beauftragten Projekts zur Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

Zu Absatz 2

Die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten stellt insbesondere in der Einführungsphase eine Herausforderung für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Damit etwaige fachliche, methodische oder technische Probleme beim Start nicht mit negativen Konsequenzen für die Eirichtungen verbunden sind, wird festgelegt, dass erst ab der zweiten Indikatorenerfassung eine Veröffentlichung stattfindet. Bis dahin enthält die eigentlich aus drei Elementen bestehende Qualitätsberichterstattung zunächst nur die Ergebnisse der Prüfungen sowie die von den Einrichtungen übermittelten qualitätsrelevanten Informationen.

Zu Absatz 3

Um die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten ab dem 1. Oktober 2019 vorzubereiten, wird es notwendig sein, Schulungen für Mitarbeiter aller zugelassenen vollstationären Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Um die Einrichtungen bei der Umstellung auf das neue Qualitätssystem zu unterstützen, werden für jede Einrichtung im Jahr 2019 einmalig 1 000 Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Das nähere Verfahren der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse regeln die Landesverbände der Pflegekassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten der Förderung.

Zu § 114c

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, in Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Kriterien für eine ab dem 1. Januar 2021 mögliche Verlängerung des Prüfrhythmus von einem auf zwei Jahre festzulegen. Der Abschlussbericht „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung zum indikatorengestützten Verfahren" in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung enthält Empfehlungen zu einer Verlängerung des Prüfrhythmus, die als maßgebliche Grundlage bei der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen sind. Insbesondere gehört eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität zu den wesentlichen Grundvoraussetzungen für eine Verlängerung des Prüfrhythmus. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Berechnung des Durchschnitts die ihnen von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b übermittelten Daten heranziehen. Für die Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus müssen zudem die Prüfergebnisse der Einrichtung vorliegen und einbezogen werden.

In den Richtlinien sind auch Regelungen zu den Kriterien zu treffen, nach denen abweichend von der Bestimmung in § 114a Absatz 1 Satz 2 Regelprüfungen unangemeldet erfolgen. wenn eine vollstationäre Einrichtung ihre Verpflichtung aus § 114b Absatz 1 Satz 1 gar nicht erfüllt hat, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Bei der Festlegung und Anwendung der Kriterien für mangelnde Plausibilität und Unvollständigkeit der Daten ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

Die Vorschrift regelt zudem die Beteiligungsrechte, die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung der Richtlinien zu beachten sind.

Zu Absatz 2

Die Richtlinien stehen unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen mit dem neuen System zu berichten. Der erste Bericht soll insbesondere darüber informieren, ob die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten zur Indikatorenerhebung und -übermittlung nachgekommen sind. Zudem soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen darlegen, welche Konsequenzen die Landesverbände der Pflegekassen in Fällen fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Einrichtungen gezogen haben (zum Beispiel: Vergütungskürzungen als vertragsrechtliche Strafe). Auf Grundlage des Berichts kann bewertet werden, ob die vorhandenen Instrumente ausreichen, um eine flächendeckende Teilnahme der Einrichtungen zu gewährleisten oder ob weitergehende Regelungen im Vertrags- oder Zulassungsrecht notwendig sind. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festzulegenden Bewertungssystematik enthalten. Ziel der Evaluation soll es sein, die ersten Praxiserfahrungen mit der neuen Systematik darzustellen und fachlich zu bewerten. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit die Bewertungssystematik in der Lage ist, tatsächliche Qualitätsunterschiede für die Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen.

Zu Nummer 20d (§ 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Einfügung des § 114c.

Zu Nummer 20e (§ 123 Absatz 1 Satz 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 SGB XI.

Artikel 12 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 28 Absatz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:
   „9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),".
2. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
   „(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind
   1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation,

zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten,
   a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
   b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
   c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht."

Zu Nummer 1 (§ 28 Absatz 1 Nummer 9) – Anmerkung: siehe Neufassung von § 71 Absatz 4 durch den 14. Ausschuss
Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die zum 1. Januar 2020 auch in § 28 Absatz 1 Nummer 9 die Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels nachvollzieht, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191; siehe dort Seite 3194) zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, S. 3191) wird § 71 Absatz 4 zum 1. Januar 2020 neu gefasst. Im Rahmen dieser Neufassung treten auch Bestimmungen in Kraft, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, Richtlinien zur näheren Abgrenzung zu erlassen, wann die in § 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der Fassung des PSG III genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Diese Richtlinien sollen jedoch bereits spätestens bis zum 1. Juli 2019, also vor dem Inkrafttreten der Neufassung des § 71 Absatz 4 am 1. Januar 2020 erlassen werden, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für deren Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten. Die im PSG III enthaltenen Regelungen zum Richtlinienerlass in Bezug auf die ab dem 1. Januar 2020 geltende Fassung des § 71 Absatz 4 werden daher in einen neuen § 71 Absatz 5 überführt, der bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt.
Die nach dem PSG III zum 1. Januar 2020 in Kraft tretende Fassung des § 71 Absatz 4 ist damit um die Regelungen zum Richtlinienerlass zu bereinigen. § 71 Absatz 4 wird daher mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 neu gefasst.
Inhaltlich sind die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 und 5 in der vorliegenden Fassung und die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 in der Fassung des PSG III identisch.
Da Artikel 12 bereits Änderungen des SGB XI zum 1. Januar 2020 beinhaltet, werden die neuen Regelungen zu § 71 Absatz 4 SGB XI in diesen Artikel integriert, was eine redaktionelle Neufassung zur Folge hat.

Artikel 13 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 8 Absatz 2c des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist, werden die Wörter „Aufwendung von mindestens 2 Euro" durch das Wort „Aufwendungen" und wird das Wort „ist" durch das Wort „sind" ersetzt.

Zu § 8 Absatz 2c
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung des § 20 Absatz 6 SGB V. Zusätzlich wird dadurch vermieden, dass die Vorschrift wegen der Veränderung der Bezugsgröße regelmäßig angepasst werden muss.

*Artikel 13a – Änderung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes

Artikel 13 Absatz 3 des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) wird aufgehoben.
*Anmerkung: Inkrafttreten 15. Dezember 2018

Der 14. Ausschuss begründet das Aufheben wie folgt:
Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz sieht das Außerkrafttreten des § 324 SGB V zum 1. April 2019 vor. Diese Regelung ist aufgrund der in diesem Gesetz vorgesehenen Änderung des § 324 SGB V aufzuheben.

Artikel 14 – Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.
(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom 2. August 2018 in Kraft.
(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 [richtig: Nummer 20c] und Artikel 13a treten am Tag nach der Verkündung in Kraft. – Anmerkung: 15. Dezember 2018
(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.
(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.
(6) Artikel 7 Nummer 19 tritt am 1. April 2020 in Kraft.

Zu Absatz 1
Das Gesetz tritt, sofern nichts anders bestimmt ist, am 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Absatz 2
Artikel 1 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettbeschluss in Kraft und gewährleistet damit, dass die entsprechenden Änderungen des KHG noch im Jahr 2018 in Kraft treten.
Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene frühzeitig die im Zusammenhang mit § 17b Absatz 4 KHG notwendigen, vorbereitenden Arbeiten für eine Pflegepersonalkostenvergütung vornehmen können, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Dem tiefen Einschnitt in das DRG-System entsprechend erfordert die Umstellung der Pflegepersonalkostenvergütung verschiedene jeweils aufeinander Bezug nehmende Vorarbeiten, die insoweit mehr Zeit erfordern, als zwischen der Verkündung des Gesetzes und den darin genannten Fristen zur Verfügung stünde. So haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Vergütungsanteile der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern. Dazu haben sie bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen und in der Folge Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen vorzunehmen. Diese anspruchsvollen und komplexen Aufgaben sind in der Zeitspanne zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und der im Gesetz vorgesehenen Frist nicht mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen.
Da zudem für die hierfür notwendigen Maßnahmen zunächst ein Konzept des InEK zu entwickeln ist, ist ein rückwirkendes Inkrafttreten der weitreichenden und umfänglichen Arbeitsaufträge unverzichtbar. Nur durch die damit in Aussicht gestellte nachträgliche Legitimation erforderlicher Handlungsschritte als in Ausführung des Gesetzes ist eine frühzeitige Umsetzung zu gewährleisten.
Auch bei den Änderungen bei der Ausbildungsfinanzierung in § 17a KHG ist ein frühzeitiges Inkrafttreten erforderlich: Die Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 sind nach den gesetzlichen Vorgaben im Herbst 2018 zu vereinbaren. Um sicherzustellen, dass die mit diesem Gesetz vorgesehenen Regelungen bereits bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 berücksichtigt werden können, ist ein Inkrafttreten nach Kabinettbeschluss erforderlich. Dies gilt einerseits ist dies für die Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege notwendig. Hierdurch wird erreicht, dass die Übergangsregelung des § 66 Absatz 1 und 3 des Pflegeberufegesetzes, nach der die Finanzierung einer Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege, die vor Ablauf des 31. Dezember 2019 begonnen wurde, nach § 17a KHG in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung erfolgt, auf den aufgehobenen Anrechnungsschlüssel für das erste Jahr der Ausbildung abstellt. Im Ergebnis wird damit sichergestellt, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege für die Vereinbarungen des Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 aufgehoben wird. Anderseits sind zeitnah klarstellende Regelungen dahingehend erforderlich, dass es für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets unerheblich ist, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt und dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind.
Auch Artikel 8 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettbeschluss in Kraft. Hierdurch ist sichergestellt, dass die neue Berechnungsmethodik zum Pflegezuschlag bereits für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden ist.
Zudem wird sichergestellt, dass die durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummern 6 und 7 KHEntgG geänderten Vorgaben im Zusammenhang mit den Notfallzu- und -abschlägen bereits für die Verhandlung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2019 zu berücksichtigen sind und damit die entsprechenden Zu- oder Abschläge ohne eine Rückkopplung zum Landesbasisfallwert zu vereinbaren sind.
Zu Absatz 3 – Anmerkung: siehe Ergänzung durch den 14. Ausschuss
Die Änderung des § 133 SGB XI tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um frühestmöglich Rechtsklarheit herzustellen. Dementsprechend tritt auch die Anpassung der Angabe zu § 133 SGB XI in der Inhaltsübersicht am Tag nach der Verkündung in Kraft.
Zu Absatz 4
Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft und sorgt damit dafür, dass der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauerhaft aufgehoben wird. Durch die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.
Zu Absatz 5
Artikel 10 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft. Die Regelungen treten damit in dem Jahr in Kraft, in dem die Pflegebudgets erstmalig angewendet werden. Durch die Änderung werden die Regelungen zur vollständigen Tarifkostenrefinanzierung für das Pflegepersonal vor dem Hintergrund angepasst, dass Tarifkostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung ab dem Jahr 2020 vollständig im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.
Hinsichtlich Artikel 12, also der weiteren Änderung des SGB XI, bestimmt Absatz 5, dass die Anpassung des § 28 Absatz 1 Nummer 9 SGB XI zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt und damit gleichzeitig mit der Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels des SGB XI, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191) ebenfalls zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:
Zu Absatz 3
Die Aufhebung des mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehenen Außerkrafttretens des § 324 SGB V tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
Zu Absatz 6
Die Aufhebung der Übergangsregelung des § 324 SGB V erfolgt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Regelung gegenstandslos wird.

Begründungen

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4453)

Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss und dessen Begründung

A. Problem und Ziel

Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der

Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.
Mit dem vorliegenden Gesetz sollen daher spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.
Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

B. Lösung

Die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege wird mit einem Sofortprogramm spürbar verbessert.
Für die Krankenhäuser wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für Pflegekräfte finanziert. Bereits ab dem Jahr 2018 sollen rückwirkend tariflich vereinbarte Entgeltsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern vollständig refinanziert werden. Die Finanzierung des erhöhten Bedarfs von Krankenhäusern an Pflegepersonal durch die Kostenträger wird ebenso verbessert wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Die strukturverbessernden Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds, der fortgeführt wird, können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser wird ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt.
Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit wird der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt. Zur Entlastung des Pflegepersonals fördert die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen wird durch verbindliche Kooperationsverträge gestärkt. Hierfür soll zudem ein technischer Standard für die digitale Kommunikation entwickelt werden. Darüber hinaus wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video erweitert. Pflegende Angehörige erhalten einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.
Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege wird gestärkt. Maßnahmen werden finanziell unterstützt, die es Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege ermöglichen, ihre Berufstätigkeit mit eigenen Aufgaben in Familie und bei der familiären Pflege zu vereinbaren.
Die in diesem Gesetz aufgeführten Maßnahmen sind ein erster Schritt, um eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen. In weiteren Schritten sollen insbesondere im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Maßnahmen entwickelt und erörtert werden, die insbesondere die Situation in der Langzeitpflege bedarfsgerecht verbessern.
Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden
Mit der Fortführung und dem Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung wird ab dem Jahr 2019 ein Finanzvolumen von bis zu 4 Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist.
Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen.
Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.
Für die Sozialhilfeträger können sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI und aus den Wegekostenzuschlägen nach § 89 Absatz 3 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben.
Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionen-

bereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen.
Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.
2. Gesetzliche Krankenversicherung
Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2018 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 7 Millionen Euro. Im Jahr 2019 ergeben sich Mehrausgaben von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 von rund 2,4 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 640 Millionen Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus.
Dem Krankenhausstrukturfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Mittel in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro bereitgestellt.
Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.
3. Soziale Pflegeversicherung
Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand ist für die Wirtschaft mit Entlastungen in Höhe von rund 90 000 Euro zu rechnen, für die Verwaltung ergeben sich Belastungen in Höhe von rund 1,9 Millionen Euro. Außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Dauer der Bearbeitung von Vorgängen zum Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 470 000 Euro für die Wirtschaft und rund 630 000 Euro für die Verwaltung.
E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger
Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.
E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft
Für die Wirtschaft ergibt sich unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand eine Entlastung von insgesamt rund 90 000 Euro. Dabei verrechnet sind rund 1,4 Millionen Euro an Belastungen, die auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entfallen.
Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 470 000 Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der „One in, one out"-Regel der Bundesregierung, insbesondere durch die Aufhebung von Nachweispflichten.
Im laufenden Erfüllungsaufwand sind Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 64 000 Euro enthalten.
E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung
Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,9 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen des auf die Bundesverwaltung entfallenden einmaligen Erfüllungsaufwands entfallen auf vorübergehenden Personalmehraufwand im Bundesversicherungsamt für die Bearbeitung des Krankenhausstrukturfonds.
In der Summe verschiedener Be- und Entlastungen ergibt sich für die Verwaltung insgesamt eine dauerhafte Entlastung in Höhe von rund 630 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung. Die Entlastung der Selbstverwaltung ergibt sich vor allem aus der für Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen entfallenden Aufgabe, in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen jährlichen Belastung.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu 1 Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 35 Millionen Euro und steigen bis zum Jahr 2022 auf rund 85 Millionen Euro an.
Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Umstellung der Zuschüsse für häusliche Beratungsbesuche auf verhandelte Entgelte entstehen Mehraufwendungen von etwa 2 Millionen Euro jährlich.
Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Anlage 1
Gesetzentwurf – Anmerkung: nicht wiedergegeben.

Begründung

Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen
Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Angesichts der aktuellen Fachkräftesituation sind Engpässe insbesondere in Gesundheits- und Pflegeberufen nicht nur aktuell sichtbar, sondern werden sich womöglich in Zukunft noch verschärfen. Der steigende Bedarf an Pflegekräften bei einer gleichzeitig wenig dynamischen Entwicklung auf der Angebotsseite hat zu anhaltenden Arbeitskräfteengpässen in der Pflege geführt. Diese Lage erfordert vermehrte Anstrengungen, um die Qualität der Pflege durch eine ausreichende Versorgung mit Fachkräften zu sichern. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.
Das Gesetz zielt daher auf Sofortmaßnahmen für spürbare Entlastungen der pflegerischen Versorgung in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ab. Die Regelungen sind notwendig, um die bestehende Belastung von Pflegekräften zu vermindern und die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.
Außerdem enthält das Gesetz die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Da künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können, trägt dieser ebenfalls zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung bei.
Das Gesetz verbessert zudem die Möglichkeit für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, um so die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten gleichermaßen zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden.
Durch die Förderung von geeigneten Maßnahmen wird den besonders hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Rechnung getragen, die vor allem durch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht bedingt sind.
Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs
Schwerpunkte des Entwurfes sind:
Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem
– jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,
– Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,
– zukünftig die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
– Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,
– die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden,
– gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,
– der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem
– vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,
– Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,
– Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,
– das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt vereinfacht wird.
– die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht werden.
Darüber hinaus soll der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Im Einzelnen:

1. Jede zusätzliche Pflegestelle am Bett wird vollständig finanziert

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von 10 Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett und zwar sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind daher für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

3. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget werden die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfs finanziert. Ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenhausindividuellen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets werden die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt.

4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Krankenhäusern werden durch folgende Maßnahmen verbessert:

– Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Ausbildungsjahr vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr nicht im gleichen Umfang zur Entlastung ausgebildeter Pflegekräfte beitragen, wie Auszubildende im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung. Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe für die gesamte Dauer der Ausbildung nur anteilig refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr Pflegepersonal auszubilden.
– Ausbildungsvergütungen sind für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe von den Kostenträgern zu refinanzieren. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.
– Ausbildungsbudgets können entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen vereinbart werden. Der Anstieg der Ausbildungsbudgets unterliegt keiner Obergrenze.
– Im Rahmen des verlängerten Krankenhausstrukturfonds können künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden.

5. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

6. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Krankenhäusern

Zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit der Personalvertretung vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.

7. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich auf 35 Prozent festgeschrieben. Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene werden dadurch vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut.

8. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds
Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds werden an den neuen Förderzeitraum angepasst. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen.
Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten werden beibehalten. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbünden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.
9. Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen
Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden personell gestärkt, um insbesondere den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser abzudecken. Die Einrichtungen können auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen erhalten und besetzen. Einrichtungen bis zu 40 Bewohnern haben Anspruch auf zusätzlich eine halbe Stelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern auf eine Stelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb Stellen und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Stellen zusätzlich. Eine finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ist damit nicht verbunden; die Einrichtungen erhalten dafür von den Pflegekassen einen Zuschlag. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung; die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich anteilig an den Kosten.
10. Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung
Um die Potentiale der Digitalisierung für die Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege zu nutzen, fördert die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen z.B. in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen, bei der Dienst- und Tourenplanung sowie beim internen Qualitätsmanagement und der Erhebung von Qualitätsindikatoren. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Maßnahme.
11. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von Pflegeeinrichtungen
Um den hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, denen die professionellen Pflegekräfte oft gegenüberstehen (z.B. häufige Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende), besser gerecht werden zu können, sollen durch eine zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre begrenzte Unterstützung Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gefördert werden. In den Jahren 2019 bis 2024 werden hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Gefördert werden Maßnahmen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, z.B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Pflegekräften soll es dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.
12. Weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen
Um die ärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege weiter zu verbessern und die Pflegekräfte zu entlasten, wird die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit zu benennen. Zudem werden Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation der Kooperationsverträge ist künftig auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend.
Darüber hinaus werden für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheimen Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht. In diesem Zusammenhang wird die Videosprechstunde insgesamt für alle Versicherten und in der häuslichen Pflege im weiten Umfang weiterentwickelt. Hierzu hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2019 entsprechende Anpassungen zu beschließen.
Zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung der Kooperation von Zahnärzten und Pflegepersonal werden Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video auch im vertragszahnärztlichen Bereich ermöglicht. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten den Auftrag, eine Vereinbarung der technischen Vorgaben für die sichere Durchführung von Videosprechstunden zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss Zahnärzte erhält den Auftrag, auf Grundlage der Vereinbarung entsprechende Anpassungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen.
13. Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum
Die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum soll durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt werden, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, ist daher von den Rahmen-

vereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

14. Verbesserungen bei der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige

Pflegenden Angehörigen wird es ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind. Damit wird der Zugang dieses Personenkreises zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erleichtert.

15. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen:

– Bereits heute können Krankenkassen mit ihren Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten unterstützen. Nunmehr werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für diese Leistungen aufzuwenden. Der bereits heute gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert für diese Leistungen in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit gesunden, motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt.
– Zudem wird die Nationale Präventionsstrategie ergänzt um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstandes der Beschäftigten in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen.
– Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, sollen sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden.

16. Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelungen der Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz erfolgen. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung insbesondere durch entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen. Entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen sind Bestandteil der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, da sie finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser haben. Gleiches gilt für die Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds, da sich aus einer Förderung aus dem Strukturfonds finanzielle Wirkungen für die betroffenen Krankenhäuser in unter Umständen erheblicher Größenordnung ergeben.

Eine bundesrechtliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Das Vergütungssystem ist für die Krankenhäuser bundesweit und einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen, um im gesamten Bundesgebiet gleiche Zugangsmöglichkeiten und ein gleiches Versorgungsniveau der akutstationären Versorgung zu gewährleisten. Diese Regelungsziele wären durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit akutstationären Leistungen und damit zu einer Beeinträchtigung des Fortbestands eines einheitlichen Versorgungssystems führen würde. Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, für die Änderung des IFSG aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung und unterstützt insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, nach der Gefahren und unvertretbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wichtiges Mittel zur Erhaltung der Beschäftigtenfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Krankenhäusern und in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Regelungen haben zum Ziel – direkt oder indirekt – die gesundheitlichen Potenziale der Beschäftigten zu bewahren. Der Erfolg und die Qualität der Leistungen in diesen Einrichtungen sind in hohem Maße von den Beschäftigten abhängig. Sie sichern mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und Leistungsbereitschaft eine menschenwürdige Kranken- und Pflegeversorgung und leisten damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft.

3. Demografische Auswirkungen

Die Pflegebranche ist durch die demografischen Veränderungen in besonderem Maße betroffen. Bereits heute besteht ein Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften. Der Wettbewerb um die Fachkräfte wird sich in Zukunft weiter verschärfen. Gleichzeitig wird der Bedarf an professioneller Pflege weiter zunehmen, da ein Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu erwarten ist. Die Lebenserwartung der Mitbürgerinnen und Mitbürger in Deutschland steigt; chronische Erkrankungen, Multimorbidität und die Zahl demenziell und psychisch erkrankter Menschen nehmen zu.

Das vorliegende Gesetz reagiert hierauf, indem an verschiedenen Stellen Maßnahmen getroffen werden, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern. Dies gilt sowohl für die Pflege im Krankenhaus als auch für die Langzeitpflege. Insbesondere die Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollen hierzu beitragen. Zusammen mit den zu entwickelnden Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll durch längere Verweildauer im Beruf, mehr Vollzeittätigkeit, Rückkehr früherer Pflegekräfte in den Beruf, mehr Ausbildungsplätze sowie Anwerbung ausländischer Pflegekräfte die Fachkräftebasis an die Herausforderungen der demografischen Entwicklung angepasst werden.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf Daten der amtlichen Statistiken und darauf aufsetzenden Schätzungen. Es können in der Regel nur grobe Quantifizierungen vorgenommen werden, weil der Umfang der Umsetzung vielfach von Verhandlungsprozessen abhängig und damit nicht exakt vorhersehbar ist. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird davon ausgegangen, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zehn Prozent auf andere Kostenträger entfallen. Bei dem auf andere Kostenträger entfallenden Anteil werden rund zwei Drittel der privaten Krankenversicherung und rund ein Drittel den öffentlichen Haushalten zugeordnet.

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der stationären Versorgung auswirken werden. Die Verbesserung der Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern, eine bessere Finanzierung der Pflegepersonalkosten und eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes sollen zu mehr Zeit für die pflegerische Zuwendung beitragen und hierdurch gleichzeitig die Patientensicherheit erhöhen.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zum Jahr 2017 für alle Kostenträger zu Mehrausgaben in Höhe von rund acht Millionen Euro im Jahr 2018, in Höhe von rund 2,1 Milliarden Euro im Jahr 2019, in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2020, in Höhe von rund 2,6 Milliarden Euro im Jahr 2021 und in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro im Jahr 2022. Davon werden die für den Krankenhausstrukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 0,5 Milliarden Euro jährlich – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufgebracht. Entsprechende Mehrausgaben durch den Krankenhausstrukturfonds ergeben sich auch für die Bundesländer.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Durch die Änderungen des IfSG entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

a) Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Fortführung des mit dem Krankenhausstrukturgesetz gebildeten Krankenhausstrukturfonds können ab 2019 die Haushalte der Länder in dem Maß belastet werden, wie sie Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, da sie zu einer Ko-Finanzierung dieser Mittel verpflichtet sind. Bei Ausschöpfung der Fondsmittel beträgt das Volumen der von den Ländern aufzubringenden Mittel in den Jahren ab 2019 bis 2022 jeweils 500 Millionen Euro jährlich. An dieser Ko-Finanzierung können die Länder die Krankenhausträger beteiligen.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Krankenversicherung jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe ab dem Jahr 2018 entstehen. Die rechnerisch ermittelten Mehrausgaben belaufen sich im Jahr 2018 auf weniger als eine Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 20 Millionen Euro, im Jahr 2020 auf rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2021 auf rund 35 Millionen Euro und im Jahr 2022 auf rund 40 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen der §§ 4 Absatz 8 und 8a, § 10 KHEntG und § 132a SGB V insgesamt jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen. Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Länder und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Pflegeversicherung aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund zwei Millionen Euro jährlich. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Für die Sozialhilfeträger könnten sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben, insoweit diese Maßnahmen zusätzlich ergriffen werden, und die Pflegesätze oder die selbst zu tragenden Investitionskostenanteile dadurch steigen. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich für die Sozialhilfeträger jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36

Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiter Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro, im Jahr 2019 in Höhe von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro. Hierin enthalten sind 500 Millionen Euro, die jährlich für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2019 für die Dauer von vier Jahren abgerufen werden können, sofern sich die jeweils betroffenen Länder in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen. Die in einem Jahr nicht abgerufenen Mittel werden in das Folgejahr übertragen.

Die oben genannten Mehrausgaben für die GKV ergeben sich aus den nachfolgend genannten Maßnahmen:

Zukünftig wird jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert. Das Pflegestellen-Förderprogramm wird bedarfsgerecht weiterentwickelt, indem für das Jahr 2019 jede zusätzlich eingestellte Pflegekraft vollständig finanziert wird. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die vollständige Finanzierung jeder zusätzlich eingestellten Pflegekraft im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung des Pflegebudgets. Für die Ermittlung der vor diesem Hintergrund zu erwartenden Mehrausgaben wird auf den Anstieg der Vollkräfte im letzten verfügbaren Datenjahr abgestellt. Im Jahr 2016 lag der Anstieg der Vollkräfte im Pflegedienst bei rund 4 000 zusätzlichen Pflegevollkräften. Unter der Annahme, dass auch ab dem Jahr 2019 der jährliche Stellenzuwachs in der Größenordnung liegt, entstehen der GKV basiswirksame Mehrausgaben in Höhe von rund 220 Millionen Euro pro Jahr gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Während im Jahr 2019 die Mehrausgaben bei rund 220 Millionen Euro liegen, erhöhen sich diese auf rund 440 Millionen Euro im Jahr 2020 bzw. auf rund 660 Millionen Euro im Jahr 2021 und erreichen im Jahr 2022 Mehrausgaben in Höhe von rund 880 Millionen Euro. Nichtsdestotrotz kann keine abschließende Aussage hinsichtlich der Ausgaben für die neue Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 getroffen werden, da zum jetzigen Zeitpunkt weder die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffende Definition der betroffenen Pflegepersonalbereiche und -kosten noch die Pflegepersonalkosten jedes einzelnen Krankenhauses bekannt sind.

Mit dem Ziel der Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Vereinbarungen mit der Personalvertretung abschließen, die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zum Gegenstand haben. Für die GKV ergeben sich in dem Zeitraum 2019 bis 2024 jährliche Mehrausgaben in Höhe von bis zu 70 Millionen Euro.

Mit der vollständigen Refinanzierung von Tariferhöhungen für Pflegekräfte entstehen für Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze Mehrausgaben für die GKV. Da die Tarifkostenrefinanzierung für Pflegepersonal rückwirkend gelten wird, entstehen der GKV im Jahr 2018 auf Basis der aktuellen Tarifabschlüsse Mehrausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro. Die Mehrausgaben, die ab dem Jahr 2019 für die GKV entstehen, basieren auf Schätzungen und Annahmen zur Tarifrate und zur Obergrenze. Für das Jahr 2019 wird von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von 40 Millionen Euro ausgegangen. Diese Mehrausgaben fallen auch im Jahr 2020 an und werden um rund weitere 40 Millionen Euro erhöht, so dass in der Summe von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von ca. 80 Millionen Euro auszugehen ist. Schätzungen, die über das Jahr 2020 hinausgehen, können nicht auf solider Grundlage getroffen werden. Mindestens werden die im Jahr 2020 anfallenden basiswirksamen Mehrausgaben auch in den Folgejahren entstehen. Sollten die Tarifsteigerungen die Obergrenze überschreiten, wäre mit weiteren, zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifizierbaren, Mehrausgaben zu rechnen. Strukturelle Tariferhöhungen sind nicht quantifizierbar und wurden insoweit in den geschätzten Mehrausgaben nicht berücksichtigt.

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil die Auszubildenden im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht in gleichem Umfang. Daher werden die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr zukünftig vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der GKV entstehen dadurch im Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe von rund 135 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2020 betragen die jährlichen Mehrausgaben rund 155 Millionen Euro. Die Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) genannten Berufe zu erfolgen hat, ist grundsätzlich kostenneutral. Erst dann, wenn neben den derzeitigen Vergütungen für Auszubildende in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe sowie bei Hebammen und Entbindungspflegern auch Vergütungen für weitere Ausbildungsberufe gezahlt werden, wären nicht quantifizierbare Mehrausgaben für alle Kostenträger die Folge.

Die Präzisierung der Verweisung auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in § 4 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) führt nicht zu einer Ausweitung der finanziellen Förderung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Krankenhaushygienikerinnen und -hygienikern.

Die Regelung zum Ausbau von Videosprechstunden führt zu jährlichen Mehrausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages.

Durch die bessere Honorierung der Wegezeiten in der häuslichen Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum

entstehen jährliche Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich.
Mit dem Verzicht auf die absenkende bzw. erhöhende Berücksichtigung der Zuschläge und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei den Landesbasisfallwerten entstehen den Kostenträgern ab dem Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.
c) Soziale Pflegeversicherung
Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.
Im Einzelnen gilt: Für Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2021 insgesamt bis zu 310 Millionen Euro für die Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit 7 Prozent.
Ebenfalls aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden für Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Herstellung einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiter/innen in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit 7 Prozent.
Der Übergang der Bezahlung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 von gesetzlich festgelegten Beträgen auf ausgehandelte Beträge dürfte ab 2019 zu Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich führen.
Die Gewährung einer erhöhten Wegekostenvergütung dürfte Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich verursachen. Die Ausgaben sind in der Gesamtsumme nicht enthalten, weil eine Zuordnung zur Pflegeversicherung oder zu den Pflegebedürftigen nicht möglich ist.

5. Erfüllungsaufwand

Die Vorgaben dieses Gesetzes haben hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes sowohl auf die Verwaltung als auch auf die Wirtschaft in der Perspektive entlastende Auswirkungen.
5.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger
Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entsteht geringfügiger Erfüllungswand für die Bürgerinnen und Bürger, weil die betroffenen Personen die Zeugnisse nach § 36 Absatz 4 auf eigene Kosten beibringen müssen.
5.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft
Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:
1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich
Da bereits mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten die Nachweisverpflichtungen für die Krankenhäuser auf den Zeitraum nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms verlängert worden sind, entsteht mit dem Ausbau und der Erweiterung des Förderprogramms (§ 4 Absatz 8 KHEntgG) kein neuer darüber hinausgehender Erfüllungsaufwand. Die einmalige Erstellung eines Nachweises zur Ausgangssituation der Pflegebesetzung zum 31. Dezember 2018 kann für die Krankenhäuser zu geringfügigem Mehraufwand führen. Dieser wird jedoch dadurch kompensiert, dass die Vertragsparteien vor Ort im Rahmen der Vereinbarungen zum Pflegestellen-Förderprogramm zukünftig weder eine Obergrenze noch einen zehnprozentigen Eigenanteil bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigen haben. Mit der Einführung einer neuen und hausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung ist ein separates Pflegestellen-Förderprogramm nicht mehr erforderlich. Zusätzliche Einstellungen von Pflegepersonal oder Aufstockungen von Teilzeitstellen in der Pflege können dann im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigt werden. Damit entfallen die Nachweisverpflichtungen für das Pflegestellen-Förderprogramm. Die dadurch für die Krankenhäuser entstehenden Entlastungen belaufen sich einmalig im Jahr 2021 auf 2,3 Millionen Euro.
2. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten
Die hausindividuelle Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 bringt neue Vorgaben für die Krankenhäuser mit sich. Für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Abrechnung der neuen Pflegeentgelte sowie für die Ergänzung der etablierten jährlichen Datenlieferungen entsteht den somatischen Krankenhäusern im Jahr 2019 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Die Vereinbarung des Pflegebudgets wird in den regelmäßig stattfindenden Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu einem höheren Zeitaufwand führen, der für die somatischen Krankenhäuser mit einem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 170 000 Euro einhergehen wird. In den Jahren 2019 und 2020 ist der vorgenannte Betrag noch aufzuteilen, da die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 teils im Jahr 2019 teils im Jahr 2020 erfolgen wird. In dem höheren Zeitaufwand ist auch die Vereinbarung von Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten durch pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen berücksichtigt. Die Vorlage der Begründung der einsparenden Wirkung der Maßnahmen sowie der Nachweis über die Durchführung der Maßnahmen erfolgen gemäß § 11 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG. Demnach sind die Krankenhäuser verpflichtet, zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, sofern dies auf ein gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien zurückgeht. Da bereits nach geltendem Recht die Kostenträger zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses zusätzliche Unterlagen abfordern können, handelt es sich nicht um eine hinsichtlich des Aufwands neue Vorgabe. Zudem wird angenommen, dass in dem für die Verhandlung des Pflegebudgets angesetzten Zeitkontingent auch über die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gesprochen wird. Die Berücksichtigung der dabei vereinbarten Mittel im Erlösbudget ist anschließend nur noch formal umzusetzen.

3. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern
Der Wegfall des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr erfordert einerseits die Abgrenzung der Anzahl an Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr von der Gesamtzahl an Auszubildenden in den genannten Bereichen. Andererseits entfällt für die Gruppe der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr die Anwendung des Anrechnungsschlüssels. Die geringfügigen belastenden und entlastenden Effekte der Regelung heben sich gegenseitig auf, so dass die Regelung hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes als neutral zu werten ist. Die Klarstellungen, dass die vereinbarten Ausbildungsvergütungen aller im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe in den Ausbildungsbudgets zu berücksichtigen sind und die Ausbildungsbudgets entsprechend der tatsächlichen Kostenzuwächse vereinbart werden sollen, erleichtern die Verhandlungen auf der Ortsebene. Damit führen die Regelungen zur Ausbildungsfinanzierung insgesamt zu Entlastungen für die Krankenhäuser in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang.
4. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand
Für die Übermittlung der Pflegegrade von den privaten Krankenversicherungen an die Krankenhäuser entsteht den Kostenträgern initial ein einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich aus der Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen ergibt. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 000 Euro ausgegangen.
5. Änderungen in § 21 KHEntgG
Die im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG zukünftig ergänzend zu liefernden Daten liegen den Krankenhäusern bereits heute routinemäßig vor. Für die Datenübermittlung haben die Krankenhäuser die vorliegenden, aber neu zu übersendenden Daten in das einheitliche von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegebene Datensatzformat gemäß § 21 KHEntgG zu überführen. Dafür ist initial von einem geringfügigen Mehraufwand in Höhe von rund 10 000 Euro auszugehen. In den Folgejahren sind aufbauend auf den Arbeiten im ersten Jahr lediglich Abrufe der Daten für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr erforderlich.
6. Vereinheitlichung der Mengensteuerung
Durch die gesetzliche Festsetzung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags (§ 4 Absatz 2a KHEntgG - neu -) und des damit einhergehenden Wegfalls der Verpflichtung der Vertragsparteien auf der Ortsebene für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, wird die Verhandlungsdauer und das Konfliktpotenzial auf der Ortsebene reduziert. Dafür wird mit jährlichen Entlastungen für die Krankenhäuser in Höhe von rund 700 000 Euro gerechnet.
7. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds
Für die Krankenhausträger kann ein Erfüllungsaufwand durch die Mitwirkung bei der Erstellung der Antragsunterlagen für die Förderung aus dem Strukturfonds entstehen. Die Höhe dieses Aufwands kann nicht genau quantifiziert werden, da er maßgeblich von der Zahl, der Art und Komplexität der zu fördernden Vorhaben abhängt.
8. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)
Darüber hinaus entsteht der Wirtschaft durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 000 Euro.
Durch die Stärkung der Videosprechstunde kann es neben einer einmaligen Umstellung in der Praxisorganisation insbesondere zu nicht quantifizierbaren Einsparungen beim Erfüllungsaufwand z.B. aufgrund von wegfallenden Wegezeiten von Ärzten kommen. Dies hängt von der Häufigkeit des Einsatzes von Videosprechstunden und von dem jeweiligen Fall ab.
9. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI
Durch die Umsetzung ergibt sich bei der Antragstellung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in der Wirtschaft von rund 542 000 Euro.
10. Zuschuss gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI
Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entsteht der Wirtschaft begrenzt auf den Zeitraum 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand von rund 240 000 Euro pro Jahr für die Antragstellung, insgesamt 1 440 000 Euro.
11. Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 SGB XI)
Die Vergütung für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 wird künftig im Vereinbarungswege mit den Pflegediensten festgelegt. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand zur Vorbereitung und Durchführung der Vergütungsverhandlungen von rund 20 500 Euro aus.
12. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)
Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließt gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grunde zu legen.
13. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)
Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 26 100 Euro für die 49 privaten Versicherungsunternehmen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.
5.2.1 Bürokratiekosten der Wirtschaft
Eine neue Informationspflicht für die Krankenhäuser ergibt sich ab dem Jahr 2019 aus den neu zu erbringenden Nachweisen für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal in somatischen sowie in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Je nach Ausgestaltung der Nachweise

durch die Vertragsparteien auf Bundesebene können sich Erleichterungen und Synergieeffekte aus der Datenübermittlung der Pflegevollkräfte aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gemäß § 21 KHEntgG ergeben. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht nur ein geringfügiger Mehraufwand in Höhe von rund 3 000 Euro jährlich, da diese Einrichtungen bereits heute schon Nachweise zur Stellenbesetzung und zweckentsprechenden Mittelverwendung (§ 18 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung – BPflV) erbringen. Der laufende Erfüllungsaufwand für somatische Einrichtungen ist für die Jahre 2019 und 2020 mit jeweils rund 29 000 Euro zu beziffern. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für somatische Einrichtungen zukünftig im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung zu berücksichtigen ist und in dem Zuge der separate Nachweis für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifkostenrefinanzierung entfällt, ist für die somatischen Krankenhäuser ab dem Jahr 2021 mit einer jährlichen Entlastung von rund 29 000 Euro zu rechnen.
Die Zusammenstellung der Unterlagen im Vorfeld der Verhandlungen des (Pflege-)Budgets und die Erbringung der Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegebudget führt zu weiterem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Bei dem Betrag handelt es sich um die im Durchschnitt dauerhaft entstehenden Belastungen. Es ist davon auszugehen, dass diese in den ersten Jahren etwas höher liegen, da hierbei auch die Nachweise für die Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf berücksichtigt sind. Diese Mehrbelastungen werden wiederum kompensiert durch Synergieeffekte für die Nachweise im Zusammenhang mit dem Pflegebudget aufgrund ähnlich lautender Nachweise im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen.
Für die Krankenhausträger ergeben sich aus der Fortführung des Krankenhausstrukturfonds Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften den Betrag von 500 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, für wie viele Krankenhäuser Fördermittel gewährt werden, ist die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizierbar.
5.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung
5.3.1 Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung
Unter dem Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung werden sowohl die entstehenden Be- und Entlastungen für die Vertragsparteien auf Landesebene, den GKV-Spitzenverband sowie für die gesetzlichen Krankenkassen auf der Ortsebene als auch die Belastungen für die Vertragsparteien auf Bundesebene erfasst. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene, zu denen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der privaten Krankenversicherung gehören, werden der Verwaltung zugeordnet, da diese Institutionen auf gesetzlicher Grundlage als untergesetzliche Normgeber rechtsverbindliche Vereinbarungen mit Wirkung für Dritte treffen.
Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:
1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich
Durch den Verzicht auf die zum 31. Oktober 2018 zu treffende Vereinbarung über die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm, die in den Pflegezuschlag hätten überführt werden sollen (§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG) und eine Fehlschätzungskorrektur im Folgejahr werden die Vertragsparteien auf Bundesebene in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang entlastet. Eine Etablierung neuer Arbeitskreise zu diesem Thema ist daher verzichtbar.
Die neue Pflegepersonalkostenvergütung erübrigt ein gesondertes Pflegestellen-Förderprogramm, so dass die Belastungen für die Erstellung eines Berichts bereits ab dem Jahr 2021 – und nicht erst ab dem Jahr 2022 – entfallen. Die im Jahr 2021 als einmalig anzusehende Entlastung beläuft sich auf rund 26 000 Euro für die Krankenkassen auf der Ortsebene und den GKV-Spitzenverband.
2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal
Aus der Vorgabe für die Vertragsparteien auf Bundesebene, die näheren Einzelheiten für einen Nachweis und ein Verfahren zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) zu vereinbaren, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich im Jahr 2019 auf rund 70 000 Euro beläuft.
Ab dem Jahr 2020 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Anteilswert an der von ihnen vereinbarten Erhöhungsrate zu ermitteln. Der laufende Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür auf rund 4 000 Euro.
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf
Der GKV-Spitzenverband hat in dem Zeitraum 2020 bis 2025 jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die auf der Ortsebene vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu berichten. Dafür entsteht dem GKV-Spitzenverband in dem Zeitraum 2020 bis 2025 ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500 Euro. Dem zu erstellenden Bericht gehen Datenlieferungen der einzelnen Krankenkassen voraus, die zu einem jährlichen Mehraufwand in Höhe von rund 3 500 Euro führen. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich insgesamt auf rund 24 000 Euro.
4. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten
Die Einführung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfordert eine Vielzahl von vorbereitenden Tätigkeiten und führt zu laufendem Erfüllungsaufwand. Noch im Jahr 2018 beginnen für die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Arbeiten zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlagen und weiterer erforderlicher Maßnahmen. Dafür hat das InEK ein Konzept zu erstellen, auf dessen Grundlage die weiteren Entscheidungen für die Kalkulation zu treffen sind. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Arbeiten auf Bundesebene beläuft sich auf rund 100 000 Euro im Jahr 2018. Die Fortsetzung der Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den vorgenannten Entscheidungen und einer weiteren Aufgabe zur Gestaltung der von den Krankenhäusern vorzulegenden Unterlagen und Nachweise führt im Jahr 2019 zu weiteren 90 000 Euro an einmaligem Erfüllungsaufwand.

Für die Benennung von Prozedurenschlüsseln, die mit der Einführung des Pflegebudgets zu streichen sind, entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Verhandlungen zu den potenziell zu streichenden Prozedurenschlüsseln im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppen und Spitzengespräche führen. Für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information entsteht ebenfalls kein neuer Erfüllungsaufwand, da Änderungen in den Klassifikationen in den jährlichen Routineprozessen umgesetzt werden. Für das Statistische Bundesamt ergibt sich ebenfalls einmaliger Erfüllungsaufwand, der jedoch durch eine Entlastung ausgeglichen wird. Die Belastung wird bedingt durch die im Jahr 2020 erforderliche Anpassung der Bundesstatistik, in der zukünftig auch die neuen Pflegeentgelte auszuweisen sind. Eine Entlastung entsteht dem Statistischen Bundesamt dadurch, dass Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung bei der Ermittlung des Orientierungswertes zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen sind.
Laufender Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Selbstverwaltung aus verschiedenen Vorgaben. Das InEK hat ab dem Jahr 2019 jährlich zusätzlichen Kalkulationsaufwand für die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus den Kostendaten für die Kalkulation der Fallpauschalen. Außerdem hat das InEK erstmals im Jahr 2019 einen Pflegeerlöskatalog zu erstellen und diesen jährlich weiterzuentwickeln. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür jährlich auf einen niedrigen fünfstelligen Eurobetrag. Für die jährliche Vereinbarung des Pflegeerlöskatalogs und der dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen ist kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene zu quantifizieren, da diese Aufgaben bereits in etablierten Arbeitsgruppen sowie in regelmäßig stattfindenden Spitzengesprächen verankert sind.
Für die Kostenträger auf der Ortsebene ergibt sich ein laufender Erfüllungsaufwand durch die zusätzliche Vereinbarung eines Pflegebudgets. Der jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf rund 210 000 Euro ab dem Jahr 2021. Zuvor ist dieser Betrag noch aufzuteilen auf die Jahre 2019 und 2020 für die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020.
Geringfügiger, einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 300 Euro entsteht im Jahr 2021 den Vertragsparteien auf Bundesebene aufgrund der Pflicht zur Erstellung eines Zwischenberichts über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Personalstellen und -kosten. Hierbei können sie auf ohnehin vorliegende Daten zurückgreifen.

5. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern

Die in § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehenen Klarstellungen und Änderungen werden in den etablierten Verhandlungsprozessen eine Rolle spielen, jedoch weder zu Mehr- noch zu Minderaufwand in relevantem Umfang führen.

6. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Für die Übermittlung der Pflegegrade von den gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser ist mit einem initialen Mehraufwand zu rechnen. Dieser ergibt sich aus der Notwendigkeit zur Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen für die zukünftige Datenübermittlung. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20 000 Euro ausgegangen.

7. Änderungen in § 21 KHEntgG

Die neuen Anforderungen werden im Rahmen der etablierten Prozesse und regelmäßig stattfindenden Arbeitskreise besprochen und technisch umgesetzt. Für die Vertragsparteien auf Bundesebene entsteht dadurch kein Mehraufwand.

8. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Für die Vertragsparteien auf der Landesebene wird mit der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 12 000 Euro ab dem Jahr 2019 erreicht. Diese Entlastung ergibt sich aus dem Wegfall eines Kriteriums, das bei den Verhandlungen auf Landesebene zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen ist. Damit wird der Verhandlungsaufwand reduziert.
Die Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, die zusammen mit den Krankenhäusern die jährlichen Budgetverhandlungen führen, werden ebenso entlastet. Die Entlastung ergibt sich auch hier aus der entfallenden Aufgabe, für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Die jährlichen Entlastungen belaufen sich ab dem Jahr 2019 auf rund 850 000 Euro.

9. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)

Darüber hinaus entsteht der Selbstverwaltung durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 500 Euro.

10. Videosprechstunden im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung

Durch die in § 291g Absatz 5 geregelte Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden zu vereinbaren, entsteht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-SV ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils rund 5 000 Euro. Ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 12 500 Euro entsteht der Selbstverwaltung durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen infolge der Regelungen des § 87 Absatz 2k.

11. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI

Die Umsetzung führt in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens zu einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 000 Euro und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwendungen für die Berichterstattung. Auf Landesebene ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 250 000 Euro in der Antragsbearbeitung zu rechnen.

12. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 7 SGB XI
Die Bearbeitung der Anträge nach § 8 Absatz 7 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. Die Antragsbearbeitung kann durch Mitarbeiter des mittleren Dienstes in der Sozialversicherung durchgeführt werden. Damit ergeben sich durchschnittliche Lohnkosten von 36 Euro pro Stunde (Statistisches Bundesamt, Stand 2017). In der Summe ergibt sich begrenzt auf die Jahre 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 178 000 Euro pro Jahr, insgesamt 1 068 000 Euro.
13. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 8 SGB XI
Die Bearbeitung der Anträge gemäß § 8 Absatz 8 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. In der Summe ergibt sich ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 119 000 Euro.
14. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Sätze 5 und 6 neu SGB XI)
Für die Pflegekassen ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 24 600 Euro zu rechnen.
15. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Satz 7 – neu – SGB XI)
Die Landesverbände der Pflegekassen haben unter Berücksichtigung der für Pflegedienste vereinbarten Vergütungssätze die Vergütungen für die Beratung nach § 37 Absatz 3 für sonstige Beratungsstellen festzulegen und zu veröffentlichen. Dafür ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 8 200 Euro auszugehen.
16. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grunde zu legen.
17. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)
Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 70 400 Euro für die 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.
18. Differenzierung bezüglich des Entlastungsbetrags (§ 45b SGB XI)
Den Anbietern, für deren Leistungen der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, entsteht ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Umstellungsaufwand für die Änderung der Abrechnungsformulare. Bei den Pflegekassen entsteht für die Belegbearbeitung ebenfalls ein nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand.
5.3.2 Erfüllungsaufwand für den Bund
Für das Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Strukturfonds aufgrund der Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten und zwischen dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Ländern zu koordinieren. Der Mehraufwand wird im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel des Einzelplans 15 gedeckt. Dem BVA entsteht vorübergehend Personalmehraufwand. Dieser wird sich nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds auf Grund einer ersten vorläufigen Schätzung des BVA in einer Größenordnung von 38 Personenjahren über die gesamte Bearbeitungszeit hinweg bewegen und somit insgesamt rund 2,5 Millionen Euro betragen. Außerdem entsteht dem BVA durch die Beauftragung einer Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen Aufwand. Dieser dürfte den Betrag von 250 000 Euro nicht übersteigen. Der dem BVA entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln in Höhe von insgesamt zwei Milliarden Euro gedeckt.
Für die Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds entstehen dem BVA geringfügige, nicht bezifferbare Mehrausgaben in Abhängigkeit von der Häufigkeit von Vertretungsanlässen.
Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entstehen keine direkten Erfüllungsaufwände auf Bundesebene.
5.3.3 Erfüllungsaufwand für die Länder
Den Ländern entsteht Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist zum einen abhängig von der Zahl und Komplexität der von einem Land gestellten Anträge, außerdem ist maßgeblich, in welchem Umfang bereits Vorarbeiten für einzelne Vorhaben geleistet worden sind sowie welcher Aufwand zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens des BVA erforderlich ist. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Strukturfonds unterscheiden sich die geförderten Vorhaben sowohl hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Komplexität, als auch hinsichtlich des Aufwands für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens beim BVA so erheblich, dass die Bildung eines Durchschnittswerts für den je Vorhaben entstehenden administrativen Aufwand nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass keine Erfahrungswerte zu der Frage vorliegen, welcher Aufwand für die Stellung von Anträgen in Bezug auf die neuen Fördertatbestände der Bildung von Zentren für schwerwiegende oder seltene Erkrankungen, der Bildung integrierter Notfallzentren, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegeberufe erforderlich ist. Daher kann der hierdurch für die Länder entstehende Erfüllungsaufwand nicht abgeschätzt werden. Für die Prüfung der Verwendung der Fördermittel entsteht je Vorhaben ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand, der 2 000 Euro nicht übersteigen dürfte.
Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung in den somatischen Krankenhäusern entsteht den Landesbehörden ab dem Jahr 2019 jährlicher Erfüllungsaufwand. Dieser beläuft sich ab dem Jahr 2021 auf jährlich rund 16 500 Euro. In den Übergangsjahren 2019 und 2020 ist dieser Betrag aufzuteilen, da das Pflegebudget erstmals für das Jahr 2020 zu vereinbaren ist und die Vereinbarung möglichst prospektiv bereits im Jahr 2019 getroffen werden sollte.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36 Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiter Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

6. Weitere Kosten

Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2024 jährlich um bis zu 100 Millionen Euro entlastet.

Durch den einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12 000 Euro pro ambulanter und stationärer Einrichtung der Altenpflege wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2021 um bis zu 312 Millionen Euro entlastet.

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf bis zu eine Million Euro im Jahr 2018, auf rund 35 Millionen Euro im Jahr 2019, auf rund 60 Millionen Euro im Jahr 2020, auf rund 70 Millionen Euro im Jahr 2021 und auf rund 85 Millionen Euro im Jahr 2022.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt. Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Als Datengrundlage kommen hierbei insbesondere die Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, inwieweit Regionen mit hoher Krankenhaus- und Bettendichte von einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten betroffen sind, die Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u. ä. Zudem wird sie untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.

Die Vertragspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.

B. Besonderer Teil

Anmerkung: Die Begründungen zu Artikel 7 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 1 bis 6 und 8 bis 14 im Anhang wiedergegeben.

Anlage 1

Gesetzentwurf – Anmerkung: nicht wiedergegeben.

b) Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (NKR-Nr. 4521, BMG)

Anlage 2

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	geringfügiger Erfüllungsaufwand

Wirtschaft	
Jährliche Entlastung im Saldo:	- 470.000 Euro
Einmalige Entlastung im Saldo:	- 90.000 Euro
Verwaltung	
Bund (Behörden, Selbstverwaltung)	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	geringfügig
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	3 Mio. Euro
Länder (Behörden und Selbstverwaltung)	
Jährlicher Erfüllungsaufwand im Saldo:	- 640.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	1,9 Mio. Euro
Weitere Kosten	
Private Krankenversicherung:	
Einmalig von 2018 – 2022:	251 Mio. Euro
Private Pflegeversicherung:	
Einmalig von 2019 – 2021:	22 Mio. Euro für die anteilige (7 Prozent) Mitfinanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen
Einmalig von 2019 – 2024:	42 Mio. Euro für die anteilige (7 Prozent) Mitfinanzierung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie
Jährlich:	44 Mio. Euro für die anteilige Mitfinanzierung von 13.000 Pflegestellen
‚One in one out'-Regelung	Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „Out" von 470.000 Euro ab 2021 dar.
Evaluierung	Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt.
Ziel:	Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Zudem wird sie untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.
Kriterien:	Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich. Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u. ä.
Datengrundlage:	Datengrundlage der Krankenhäuser, der Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen u.a. Darüber hinaus werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.
Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Mit dem Entwurf eines Pflegepersonalstärkungsgesetzes werden Maßnahmen vorgesehen, mit denen dem Pflegekräf-

temangel bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an guter Pflege wirksam begegnet werden können soll. Da der Pflegekräftemangel eine Vielzahl von Ursachen hat, setzt der Gesetzentwurf an einer Reihe von Handlungsschwerpunkten und Anreizen an, um die Personalausstattung durch attraktivere Arbeitsbedingungen und Bezahlung zu erhöhen und damit auch die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen, Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dies soll u.a. durch die Fortsetzung und Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds sowie weiteren Fördermaßnahmen erreicht werden.
Des Weiteren wird durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz das Infektionsschutzgesetz geändert, um den Gesundheitsschutz für nachziehende Familienangehörige zu verbessern und damit auch den öffentlichen Gesundheitsschutz sicherzustellen.
II.1 Erfüllungsaufwand
Das Ressort hat die Berechnungen zum Erfüllungsaufwand detailreich und nachvollziehbar vorgelegt.
Bürgerinnen und Bürger
Für Bürgerinnen und Bürger entsteht geringfügiger Aufwand, da sie ggf. erforderliche ärztliche Zeugnisse nach § 36 Infektionsschutzgesetz auf eigene Kosten einholen und vorlegen müssen.
Wirtschaft
Einmaliger Erfüllungsaufwand
Ab 2021 entfallen die Nachweispflichten sowie das Testat durch den Jahresabschlussprüfer für das Pflegestellen-Förderprogramm ab 2021, da mit der Einführung einer neuen und hausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung ein separates Pflegestellen-Förderprogramm nicht mehr erforderlich ist. Die Krankenhäuser werden dann um 2,3 Mio. Euro entlastet (2 Stunden, 53,30 Euro/Stunde, 19.284 Personen; Sachkosten in Höhe von rund 245.000 Euro). Die Entlastung ist als einmalig zu werten, da das Pflegestellen-Förderprogramm zeitlich befristet ist.
Belastet werden die Krankenhäuser im Wesentlichen durch folgende Vorgaben:
Antragstellung für die Förderung nach § 8 SGB XI
– 542.000 Euro für zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Sofortprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI (90 Min. je Fall, 27,80 Euro/Stunde, 13.000 Einrichtungen).
– 1,440.000 Euro Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege – 2019 bis 2024 nach § 8 Abs. 7 SGB XI (40 Min je Fall, m.D. 27,80 Euro/Stunde, 13.500 Einrichtungen x sechs Jahre).
Weitere 70.000 Euro u.a. entstehen für die Vereinbarung über die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung des Nachweises im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung (32 Stunden, 65,40 Euro/Stunde, 30 Personen).
Jährlicher Erfüllungsaufwand
Die Krankenhäuser werden jährlich um rund 700.000 Euro (2 Stunden, 53,30 Euro/Stunden, 6.428 Personen) durch die Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags entlastet, da die Höhe dieses Abschlages bzw. die Abschlagsdauer wie bisher nicht mehr mit den Kostenträgern und den Ländern verhandelt werden. Zudem entfallen rund 30.000 Euro Aufwand für die Krankenhäuser durch den Wegfall des Nachweises für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifkostenrefinanzierung. Die bisherige vollständige Tarifrefinanzierung für somatische Einrichtungen entfällt. Sie wird künftig im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt.
Belastet werden somatische Krankenhäuser künftig aufgrund der Verhandlungen auf Ortsebene und die entsprechenden Vorbereitungen für die Vereinbarung des Pflegebudgets. Das Ressort geht hier von jährlich 260.000 Euro aus (30 Min., 53,30 Euro/Stunde, 6.428 Personen).
Verwaltung (Bund, Länder/Kommunen, Selbstverwaltung)
Bund
Einmaliger Erfüllungsaufwand
Für die Bundesverwaltung, insbesondere für das Bundesversicherungsamt (BVA), entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt 2,7 Mio. Euro für die Fortführung der Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds (2,5 Mio. Euro) sowie für die Beauftragung einer Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen (250.000 Euro). Das BVA schätzt anhand der bisherigen Erfahrungen für die Umsetzung des Fonds einen Personalmehraufwand von 38 Personenjahren für den gesamten Bearbeitungszeitraum. Der hier entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt.
Für die Selbstverwaltung des Bundes entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 300.000 Euro. Die wesentlichen Kosten von 260.000 Euro entstehen zum einen für die Vorbereitenden Arbeiten (100.000 Euro) und für die Verhandlungen (9.000 Euro) der krankenhausindividuellen Vergütung von Pflegepersonalkosten selbst und zum anderen für die Vereinbarungen von Einzelheiten für einen Nachweis und ein Verfahren zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln im Zusammenhang mit der vollständigen Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal.
Jährlicher Erfüllungsaufwand
Das Regelungsvorhaben hat darüber hinaus nur geringe Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Bundesverwaltung und der Selbstverwaltung auf Bundesebene.
Länder, Kommunen (Selbstverwaltung)
Einmaliger Erfüllungsaufwand
Insgesamt entsteht für die Selbstverwaltung auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1,9 Mio. Euro. Der größte Erfüllungsaufwand von insgesamt 1,7 Mio. Euro entsteht durch die Bearbeitung der Förderanträge und die Auszahlung der Förderbeträge nach § 8 SGB XI
– Rund 250.000 Euro für die Finanzierung zusätzlicher Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Sofortprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI (25 Min. je Fall, g.D. 45,50 Euro/Stunde, 13,000 Fälle).
– Rund 1,070.000 Euro Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der

Altenpflege – 2019 bis 2024 nach § 8 Abs. 7 SGB XI (22 Min je Fall, m.D. 36,00 Euro/Stunde, 13.500 Fälle).
– Rund 356.400 Euro für die Digitalisierung in der Altenpflege u.a. – 2019 bis 2021 nach § 8 Abs. 8 SGB XI (22 Min. je Fall, m.D. 36,00 Euro/Stunde, 9.000 Fälle).

Zudem entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 70.400 Euro bei den 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung einer Software, um Mitteilungen über Leistungen, die pflegende Personen erhalten, an die Beihilfefestsetzungsstelle oder die Dienstherrn im automatisierten Verfahren übermitteln zu können. Weiterer Erfüllungsaufwand von rund 74.000 Euro entsteht u.a. für die Übermittlung von Daten in verschieden Zusammenhängen und die Vereinbarung der Vergütung für Beratungsbesuche mit Pflegediensten und deren Veröffentlichung.

Jährlicher Erfüllungsaufwand

Im Saldo entsteht für die Landesebene der Selbstverwaltung eine Entlastung von insgesamt rund 640.000 Euro. Der Saldo setzt sich zusammen aus einer Entlastung von rund 850.000 Euro und einer Belastung von 210.000 Euro. Die Entlastung entsteht durch die Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags. Die Höhe dieses Abschlages bzw. die Abschlagsdauer musste bisher jedes Jahr mit den Krankenhäusern verhandelt werden. Länder und Selbstverwaltungsebene der Länder werden hier um 2 Stunden je Fall entlastet. Insgesamt betrifft das 6.524 Personen (16 Länder, jeweiligen Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen). 210.000 Mehraufwand entstehen den Kostenträgern auf Ortsebene für die zusätzliche Vereinbarung des Pflegebudgets ab 2020 (30 Min., 65,40 Euro/Stunde, für 6.428 Personen).

II.2 Weitere Kosten

Weitere Kosten entstehen für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 315 Mio. Euro einmalig und 44 Mio. Euro jährlich.

Der Private Krankenversicherung entstehen einmalig weitere Kosten von 251 Mio. Euro bis zum Jahr 2022 für die anteilige Mitfinanzierung der sich aus dem Gesetz ergebenden Maßnahmen. Der Privaten Pflegeversicherung entstehen einmalig bis zu 64 Mio. Euro für die anteilige Mitfinanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen (2019-2021: bis zu 22 Mio. Euro) und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (2019-2024: bis zu 42 Mio. Euro).

Des Weiteren trägt die Private Pflegeversicherung jährlich 44 Mio. Euro für die anteilige Mitfinanzierung von 13.000 Pflegestellen.

II.3 ‚One in one out'-Regelung

Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „Out" von 470.000 Euro ab dem Jahr 2021 dar.

II.4 Evaluierung

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt. Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Als Kriterien und Datengrundlage kommen hierbei insbesondere die Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich unter dem Gesichtspunkt, inwieweit Regionen mit hoher Krankenhaus- und Bettendichte von einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten betroffen sind. Auch die Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u.ä. kommen in Betracht. Zudem wird die Bundesregierung untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.

Des Weiteren werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.

III. Ergebnis

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

c) Stellungnahme des Bundesrates

Anlage 3

Der Bundesrat hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b** (§ 17b Absatz 4 KHG)

   Der Bundesrat begrüßt die Zielrichtung des neu einzuführenden Pflegebudgets, durch das künftig die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser für das Pflegepersonal voll finanziert werden.

   Allerdings sollte sich die damit verbundene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem nicht als Beginn des grundsätzlichen Ausstiegs aus dem DRG-System und eine Entwicklung zum Selbstkostendeckungsprinzip erweisen. Das Fallpauschalensystem hat sich nach Auffassung des Bundesrates grundsätzlich bewährt, weil es Anreize zu einer wirtschaftlichen wie qualitätsvollen Versorgung sowie zur Umsetzung von Innovationen setzt. Es sollte in seinen Grundzügen beibehalten und fortentwickelt werden.

   Vielmehr sollten im verbliebenen DRG-System systemimmanente Anpassungen in Richtung einer stärkeren Orien-

tierung an den tatsächlichen Kosten erfolgen, insbesondere sollte ein überdurchschnittliches Lohnniveau bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden können.

2. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 2 Satz 1, Satz 4, Satz 5 und Satz 6 KHG)
   In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 wie folgt zu ändern:
   a) In Satz 1 sind die Wörter „bis zu 95 Prozent des Anteils“ durch die Wörter „den Anteil“ zu ersetzen.
   b) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:
      „Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben) können gefördert werden.“
   c) Satz 5 und 6 sind zu streichen.
   Begründung:
   Die kategorische Aufteilung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds auf länderspezifische sowie länderübergreifende Vorhaben wird abgelehnt. Der Bedarf für Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken wird mehrheitlich nicht gesehen, wie bereits die Anhörung am 12. Juli 2018 gezeigt hat. Länderübergreifende Anträge sollten dennoch ermöglicht werden, ohne jedoch vorab eine definitive Aufteilung der Mittel festzuschreiben.

3. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 2 Satz 3 KHG) **und Artikel 5 Nummer 4** (§14a – neu – KHSFV)
   a) In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 Satz 3 wie folgt zu fassen:
      „Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 1 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.“
   b) In Artikel 5 Nummer 4 ist nach § 14 folgender § 14a einzufügen:
      „§ 14a Nachverteilung
      (1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt, in welcher Höhe für die bis zum 31. Dezember 2022 eingegangenen Anträge höchstens Mittel aus dem Strukturfonds bereitzustellen sind. Unterschreitet der nach Satz 1 ermittelte Betrag den Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, steht der Unterschiedsbetrag zur Nachverteilung zur Verfügung (Nachverteilungsbetrag). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung erhöht sich der Betrag nach Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt teilt den Ländern unverzüglich die Höhe des Nachverteilungsverfahrens mit.
      (2) Der Nachverteilungsbetrag wird für die Förderung von Vorhaben verwendet, für die nach dem 1. September 2023 Anträge von den Ländern gestellt werden. Das Bundesversicherungsamt entscheidet über die Anträge, die zwischen dem 4. September 2023 und dem 6. September 2023 gestellt werden, und zahlt die Mittel aus, bis der Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgeschöpft ist. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“
   Begründung:
   Der Gesetzentwurf sieht derzeit vor, dass die Fördermittel, die von den Ländern nicht bis spätestens dem 31. Dezember 2022 beantragt werden, zurück in den Gesundheitsfonds fließen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass – anders als beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds – kein Nachverteilungsverfahren vorgesehen ist.
   Als Begründung wird angeführt, dass der mit einem Nachverteilungsverfahren verbundene Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zu den Beträgen, die im Rahmen der Nachverteilung des aktuellen Krankenhausstrukturfonds auf die Länder entfielen, stehe.
   Die Argumentation ist mit Blick auf die vermeintlich geringe Auszahlungssumme nicht nachvollziehbar. Das Bundesversicherungsamt hat nach § 5 Absatz 1 KHSFV im Jahr 2017 einen Nachverteilungsbetrag in Höhe von 11,49 Millionen Euro ermittelt und dies den Ländern unverzüglich mitgeteilt. Dies mag zwar im Verhältnis zur Gesamtsumme des Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro gering erscheinen, jedoch ist der Betrag keinesfalls zu vernachlässigen. Da insgesamt sechs Länder im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens zehn Anträge mit einer Gesamtsumme von 72 Millionen Euro gestellt haben, wird deutlich, dass beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds ein großer Bedarf bei einem Teil der Länder zu verzeichnen war.
   Das Nachverteilungsverfahren stellt – den bisherigen Erfahrungen zufolge – eine geeignete Möglichkeit dar, etwaige Reserveprojekte mit in die Strukturfondsförderung einzubeziehen. Gerade vor dem Hintergrund der Öffnung des Strukturfonds hinsichtlich der Fördertatbestände ist zu erwarten, dass der Bedarf an Nachverteilungsmitteln in einigen Ländern weiter steigen dürfte.

4. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 2 Satz 7 – neu – KHG)
   In Artikel 2 Nummer 1 ist dem § 12a Absatz 2 folgender Satz anzufügen:
   „Soweit ein Land einen Antrag stellt, bei dem der Betrag den diesem Land nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil übersteigt, wird vom Bundesversicherungsamt eine Zusicherung zur Gesamtfinanzierung einer Baumaßnahme bereits im ersten Jahr der Förderung erteilt.“
   Begründung:
   Im Fall von förderungsfähigen Vorhaben nach § 11 KHSFV, welche die Schließung von Standorten von Krankenhäusern und zum Beispiel den Zusammenschluss an einem neuen Standort vorsehen, ist für gewöhnlich ein vollständiger Neubau zu errichten, um eine entscheidende Strukturverbesserung und den Abbau von Doppelvorhaltungen zu erreichen. Ein vollständiger Neubau übersteigt in der Regel die dem jeweiligen Land jährlich aus dem Strukturfonds

zur Verfügung stehenden Fördermittel. Um die Gesamtfinanzierung eines Großprojektes zu sichern, sollte ein mehrjähriger Förderrahmen für ein entsprechendes Projekt ermöglicht werden.

5. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)
In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a das Wort „jährlich“ durch das Wort „durchschnittlich“ zu ersetzen.
Begründung:
Nach dem Gesetzentwurf sind die Länder gehalten, in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich mindestens Haushaltsmittel in Höhe des Durchschnitts der in den Jahren 2015 bis 2017 veranschlagten Mittel für die Förderung von Krankenhausinvestitionen auszuweisen. Dies kann insbesondere für Länder mit verabschiedeten Doppelhaushalten für die Jahre 2018/2019 problematisch werden, wenn diese Vorgabe im Jahr 2019 nicht erreicht wird. Daher sollte es den Ländern gestattet sein, in einzelnen Jahren des Zeitraums 2019 bis 2022 geringere Mittel durch eine entsprechend höhere Veranschlagung in anderen Jahren auszugleichen. In einer Gesamtbetrachtung der Jahre 2019 bis 2022 ist auch auf diese Weise sichergestellt, dass die Komplementärfinanzierung der Länder für den Strukturfonds zusätzlich und nicht durch eine Absenkung der regulären Krankenhausinvestitionsförderung erfolgt.

6. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)
In Artikel 2 Nummer 1 sind in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a nach den Wörtern „ausgewiesenen Haushaltsmittel“ die Wörter „ohne Berücksichtigung der in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a genannten Mittel“ einzufügen.
Begründung:
Die für die Ko-Finanzierung von den Ländern aufgebrachten Haushaltsmittel in den Jahren 2016 bis 2018 für Maßnahmen nach § 12 KHG sollten nicht in die Berechnung der zusätzlichen Haushaltsmittel in den Jahren 2019 bis 2022 für Maßnahmen nach § 12a KHG einbezogen werden.

7. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 3 Satz 1a – neu – KHG)
In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:
„Bei der Berechnung des Durchschnitts der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 ausgewiesenen Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bleiben diejenigen Haushaltsmittel außer Betracht, die die Länder zur Komplementärfinanzierung des Strukturfonds nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 Buchstabe b erbracht haben.“
Begründung:
Die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Mittel zur Kofinanzierung der ersten Auflage des Krankenhausstrukturfonds gehen nach der in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG vorgesehenen Regelung in die Berechnung des in den Jahren 2019 bis 2022 auf der Grundlage des Durchschnitts der Fördermittel der Haushalte 2015 bis 2017 bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Damit müssen die Kofinanzierungsmittel aus den Jahren 2016 und 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 fortgeführt und zusätzliche neue Kofinanzierungsmittel erbracht werden. Dies führt in einem Kaskadeneffekt zu einer nicht sachgerechten doppelten Belastung der Länder.
Die von den Ländern im Jahr 2018 erbrachten Kofinanzierungsmittel fließen dagegen nicht in die Berechnung des von den Ländern bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Eine solche unterschiedliche Behandlung der Kofinanzierungsmittel ist nicht gerechtfertigt.
Daher muss sichergestellt sein, dass die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Ko-Finanzierungsmittel aus der Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der in den Haushaltsjahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Mindestbeträge auszusondern sind.

8. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 3 Satz 1b – neu – KHG)
In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach dem neuen Satz 1a folgender Satz einzufügen:
„Als Bemessungsgrundlage für die nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bereitzustellenden Haushaltsmittel kann anstelle des Durchschnitts der Jahre 2015 bis 2017 ersatzweise der Durchschnitt aus mindestens drei Jahren im Zeitraum von 2013 bis 2017 zugrunde gelegt werden.“
Begründung:
Der Zeitraum 2015 bis 2017 für die Bemessung der von den Ländern zu veranschlagenden Mindestbeträge in den Haushalten 2019 bis 2022 ist im Hinblick auf die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds von vier Jahren zu knapp bemessen. Erforderlich ist eine Erweiterung beziehungsweise Flexibilisierung der Auswahl der Jahre, die für die Bemessung des zu veranschlagenden Mindestbeitrags heranzuziehen sind.
Dies ist sachgerecht vor dem Hintergrund der Laufzeit der Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds über vier Jahre (Erstauflage 2016 war einmalig) und dem Umstand, dass der Bund entgegen der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz vom 21./22. Juni 2017 keine eigenen Haushaltsmittel einsetzt und sich der Mittel des Gesundheitsfonds (Krankenkassen) bedient. Anders als der Bund sind die Länder durch den Krankenhausstrukturfonds entsprechend belastet.

9. **Zu Artikel 2 Nummer 1** (§ 12a Absatz 3 Satz 3 KHG)
In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 3 Satz 3 wie folgt zu fassen:
„Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung verpflichtet ist, so dass die förderfähigen Gesamtkosten in Höhe des Rückforderungsanspruches zu reduzieren sind.“
Begründung:
Nach dem Wortlaut dürfen Mittel aus dem Strukturfonds nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger ge-

genüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist. Diese Regelung ist nicht sachgerecht. Zudem würde damit für viele Vorhaben eine Förderung ausscheiden. Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, dass lediglich im Umfang beziehungsweise bezüglich der Rückzahlungsverpflichtung keine Förderung über den Strukturfonds erfolgen kann, ein Rückforderungsanspruch eine Förderung aber nicht dem Grunde nach ausschließt. Das bedeutet, Verrechnungen ausstehender Rückforderungen innerhalb einer Förderung sollten möglich sein.

10. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 4a -neu- KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a nach Absatz 4 folgender Absatz 4a einzufügen:

„(4a) § 12 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass in der Rechtsverordnung auch das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann, soweit diese Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser oder zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g zum Gegenstand haben."

Folgeänderung:

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 nach Absatz 3 folgender Absatz 3a einzufügen

„(3a) Die in Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b sowie in den Nummern 4 bis 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken beteiligt sind."

Begründung:

Eine sachliche Rechtfertigung dafür, die Universitätsklinika auch in Zukunft von der Förderfähigkeit aus dem Strukturfonds auszuschließen, ist nicht erkennbar. Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird der bisherige Katalog der Förderzwecke erheblich erweitert. Mehrere dieser neuen Förderzwecke sind auch und gerade für die Universitätsklinika relevant. Dies gilt in besonderem Maße für die folgenden, neu mit dem PpSG eingeführten Förderzwecke:

– Bildung von Zentren für Seltene Erkrankungen
– Bildung integrierter Notfallstrukturen
– Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen
– Verbesserung IT-Sicherheit

Der Ansatz des Gesetzentwurfs, nur Krankenhäuser als förderfähig zu qualifizieren, die von den Ländern über das KHG mit Investitionsmitteln ausgestattet werden, kann vor diesem Hintergrund nicht länger aufrechterhalten werden. Für die Förderfähigkeit im Strukturfonds darf es kein Kriterium (mehr) sein, aus welchem Titel oder welcher Produktgruppe im Landeshaushalt die Kofinanzierung gegebenenfalls erbracht wird. Mit Blick auf die neuen, für Universitätsklinika mindestens im selben Umfang wie für andere Krankenhäuser relevanten Förderzwecke müssen auch Maßnahmen durch den Strukturfonds kofinanziert werden können, deren Kofinanzierungsbeitrag in dem betreffenden Land aus dem Wissenschaftsetat erbracht wird.

Es erschließt sich nicht, warum beispielsweise eine Investitionsmaßnahme des Landes in die IT-Sicherheit oder den Aufbau eines Zentrums für Seltene Erkrankungen an einem nicht-universitären Haus durch den Strukturfonds kofinanziert werden könnte, die gleiche Investitionsmaßnahme an einem Universitätsklinikum aber nicht. Es liegen identische Sachverhalte vor. In beiden Fällen geht es um Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung, und in beiden Fällen ist grundsätzlich jeweils ausschließlich das Land für die Förderung zuständig, entweder im Rahmen der Krankenhausinvestitionsfinanzierung oder des Hochschulbaus. Sachgründe für eine Unterscheidung zwischen universitären und nicht-universitären Häusern liegen daher noch weniger als bisher vor.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Tatsache, dass die Krankenhäuser vor dem Hintergrund des für alle Krankenhäuser gleichermaßen anzuwendenden Fallpauschalensystems in einem erheblichen Wettbewerb untereinander stehen.

11. Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a1 – neu – (§ 8 Absatz 2 Satz 1a – neu – KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 2 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

‚a1) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen verlängern." '

Begründung:

Der Fristlauf zur Vorlage des Verwendungsnachweises beginnt mit Abschluss des Vorhabens. Dabei soll auf die Fertigstellung des Baus abgestellt werden.

Zu diesem Zeitpunkt dürften jedoch in einigen Fällen noch nicht alle notwendigen Rechnungen zur Erstellung des Verwendungsnachweises vorliegen. Darüber hinaus kann sich die Vorlage des Verwendungsnachweises durch den Träger zum Beispiel durch verspätete Rechnungsstellungen der beteiligten Firmen oder durch notwendige Mängelbehebungen zeitlich verzögern. Insbesondere bei großen Bauvorhaben ist die Vorlage eines geprüften Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung durch das Land innerhalb von 15 Monaten sehr ambitioniert.

Daher sollte dem Bundesversicherungsamt die Möglichkeit eingeräumt werden, in begründeten Ausnahmefällen eine Fristverlängerung zuzulassen.

12. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 und § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV)

Artikel 5 Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

a) § 11 Absatz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, standortübergreifend konzentriert werden, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung

betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zur Verminderung von Vorhaltungsaufwand führt,“

b) § 12 Absatz 1 Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Koalitionsvertrag sieht eine Fortführung des Krankenhausstrukturfonds vor. Mit der Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV wird eine deutliche Einschränkung der förderungsfähigen Vorhaben vorgenommen. Aus diesem Grund sollte die Spezifizierung in § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV durch die geltende Fassung des § 1 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV ersetzt werden.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

Mit dem Wegfall von § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV gilt für die Bemessung der förderungsfähigen Kosten für Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV der § 12 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

13. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b das Wort „gesamten“ zu streichen.

Begründung:

Die Formulierung des Gesetzentwurfs „... bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein, ...“ ist nicht schlüssig und widerspricht sich.

14. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Wörter „ , die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen,“ zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht derzeit nur eine Förderung der Verbesserung der IT-Sicherheit (Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen) an Krankenhäusern vor, die unter die BSI-Kritisverordnung fallen und damit jährlich mehr als 30 000 stationäre Behandlungsfälle ausweisen.

Diese Orientierung an der BSI-Kritisverordnung lässt außer Acht, dass jedes Plankrankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung relevant ist. Gerade in ländlich geprägten Gebieten kann der Ausfall eines Grund- und Regelversorgungskrankenhauses massive Versorgungsdefizite zur Folge haben, die nicht ohne weiteres von umliegenden Häusern aufgefangen werden können. Somit ist es zwingend erforderlich, dass auch kleinere Häuser über zeitgemäße IT-Systeme verfügen. Es ist kein Grund ersichtlich, Häuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, von einer entsprechenden Förderung auszunehmen. Nur auf diese Weise gelingt es auch, mit dem Strukturfonds einen umfassenden Impuls zur Verbesserung der IT-Sicherheit in deutschen Krankenhäusern zu erreichen.

Die Förderung der Anpassung der Informationstechnik ist daher auf alle Krankenhäuser auszuweiten. Dabei können die Vorgaben des § 8a BSI-Gesetz entsprechend herangezogen werden.

15. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 4 KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 12 Absatz 1 Nummer 4 das Komma am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und folgende Wörter sind anzufügen:

„bei diesen Vorhaben können die Länder eine pauschalierte Förderung gewähren, wenn eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen umgesetzt werden sollen:

a) flächendeckender Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing,
b) Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte,
c) sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten,
d) Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittsteuerungen);

für Vorhaben dieser Art können Mittel von insgesamt bis zu 20 Prozent des Fondsvolumens des Landes eingesetzt werden,“

Begründung:

Neben einer Erweiterung der Förderung von Maßnahmen zur IT-Sicherheit auf alle Krankenhäuser sollte zudem die Möglichkeit einer pauschalierten Ausreichung der Mittel hierfür eröffnet werden.

Im Unterschied zu regulären Bauinvestitionen zeichnet sich der Bereich der Digitalisierung dadurch aus, dass eine große Zahl an Einzelmaßnahmen mit zum Teil geringen Einzelvolumina erforderlich ist, um eine Gesamtmaßnahme zu realisieren (vielfältige Hard- und Software, zum Teil mit kleinen baulichen Anpassungen). Daher bietet sich als wesentlicher Beitrag zu einer mit zumutbarem Verwaltungsaufwand noch leistbaren Umsetzung die Ausschüttung der insoweit eingesetzten Gelder in pauschalierter Form an. Eine ausschließliche Einzelbewilligung ist für Länder mit einer großen Krankenhauszahl (vor allem neben den sonstigen durch den Strukturfonds ausgelösten Zusatzaufgaben) nicht zu bewältigen.

Die Vorteile einer pauschalierten Fördermöglichkeit im IT-Bereich liegen neben der unbürokratischen Umsetzung, der Entlastung des Prüfungsverfahrens und der größtmöglichen Flexibilität zudem darin, dass sie Verbesserungen auch in den Krankenhäusern ermöglicht, die bisher schon umfangreiche Investitionen in IT-Sicherheit und Digitalisierung getätigt haben. Zum anderen dürften sich über die Laufzeit des Strukturfonds weitere Investitionsnotwendigkeiten ergeben, die eine zielgerechte Verausgabung der Mittel ermöglichen.

Die zweckgebundene Pauschale sollte analog der bestehenden Jahrespauschalen zunächst allen Krankenhäusern für die Dauer der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds ausgezahlt werden.
Für die Zweckbindung dieser zusätzlichen Mittel wird den Krankenhäusern ein definierter Maßnahmenkatalog vorgegeben; dieser bildet die Grundlage für den zweckgebundenen Einsatz der Fondsmittel zum Ausbau der IT-Infrastruktur. Nicht in der Maßnahmenliste enthaltene Projekte (und damit auch umfassendere Maßnahmen insbesondere in den der BSI-Kritisverordnung unterliegenden Häusern) können im Rahmen der regulären Mittelbeantragung über einen Einzelantrag ermöglicht werden.
Einer pauschalierten Förderung zugängliche Maßnahmen könnten dabei bereits in der Verordnung selbst aufgelistet werden, wie zum Beispiel der flächendeckende Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing, der Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte, die sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten oder Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittssteuerungen). Der Maßnahmenkatalog bildet dann auch die Grundlage der Prüfung im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens; auf diese Weise ist die zweckgebundene Verwendung der Pauschale für entsprechende IT-Maßnahmen nachzuweisen.
Auch um eine Begrenzung der Gesamtausgaben für Digitalisierungsmaßnahmen sicherzustellen (Hauptziel des Fonds sollen nach wie vor strukturverbessernde Maßnahmen sein), sollte die maximale Höhe der pauschalen IT-Fördermittel aus dem Strukturfonds (zum Beispiel 20 bis 25 Prozent) vorab vom Bund festgelegt werden. Neben diesem maximalen Gesamtansatz für die pauschalierte Förderung von Digitalisierungsmaßnahmen bleiben Einzelzuweisungen von Fondsmitteln in diesem Bereich möglich.
Durch die Kombination von zweckgebundener Pauschale, definiertem Maßnahmenkatalog, Begrenzung des für die IT-Verbesserung verfügbaren Mittelanteils und konsequenter Verwendungsnachweisprüfung werden bloße „Mitnahmeeffekte“ vermieden.

16. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)
In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Wörter „nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ zu streichen und die Wörter „sobald diese zur Verfügung stehen“ durch die Wörter „die den gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen“ zu ersetzen.
Begründung:
In Anbetracht des inzwischen vorliegenden Referentenentwurfs eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes, der bereits erste Änderungen in § 291a SGB V vornimmt, und insbesondere eines angekündigten zweiten, umfassenden Entwurf eines Digitalisierungsgesetzes Ende des Jahres, das auch auf den Auftrag der Gematik Einfluss haben dürfte, sind die Fördervoraussetzungen zum jetzigen Zeitpunkt ergebnisoffener zu formulieren.

17. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)
Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren um Klarstellung, ob auch Netzwerkstrukturen, an denen neben Krankenhäusern auch ambulante oder pflegerische Einrichtungen beteiligt sind, von der Regelung umfasst sein sollen und ob auch deren Kosten gefördert werden können.
Begründung:
Nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV werden Vorhaben nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 KHG gefördert, wenn die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits, zu schaffen.
Um telemedizinische Netzwerkstrukturen sektorenübergreifend zu schaffen und entsprechend der Regelung besondere medizinische Kompetenz auch für andere Beteiligte verfügbar zu machen, ist eine Klarstellung zugunsten einer Erweiterung auf ambulante oder pflegerische Einrichtungen und die Förderung von deren Kosten notwendig.

18. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 6 KHFSV)
In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Angabe „§ 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g“ durch die Angabe „§ 2 Nummer 1a“ zu ersetzen.
Begründung:
Mit der Änderung soll die im Gesetzentwurf bereits bestimmte Ausweitung der Förderung von „Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten“ darüber hinaus auch für andere Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe (zum Beispiel Physiotherapeutinnen und -therapeuten) geöffnet werden. Dies ist erforderlich, um den bereits jetzt gesunkenen Schülerzahlen und dem einsetzenden flächendeckenden Fachkräftemangel im Bereich der Gesundheitsfachberufe entgegenzuwirken.

19. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV)
In Artikel 5 Nummer 4 ist § 12 Absatz 1 Nummer 1 wie folgt zu fassen:
„1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses,“
Begründung:
In § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV erfolgt eine deutliche Begrenzung der förderfähigen Kosten auf einen Kostensatz je reduziertem Bett. Dabei ist insbesondere die Höhe des jeweiligen Kostenansatzes nicht plausibel. § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV sollte der geltenden Fassung des § 2 Absatz 2 Nummer 1 KHSFV entsprechen.

20. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHFSV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 3 wie folgt zu ändern:
a) Buchstabe a ist zu streichen.
b) Die Buchstabenbezeichnung „b“ ist zu streichen und dem bisherigen Wortlaut ist das Wort „dass“ voranzustellen.
Begründung:
Der Nachweis, ob die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich beziehungsweise kartellrechtlich zulässig ist, behindert und verzögert die Umsetzung der notwendigen Änderungen im Krankenhausplan des jeweiligen Landes und der entsprechenden Planung der Baumaßnahmen erheblich. Die notwendige Einbeziehung des jeweils zuständigen Landesministeriums und des Bundeskartellamts stellt einen erheblichen Verwaltungsaufwand dar, der die termin- und fristgerechte Planung und das Ziel der Zusammenlegung von Kapazitäten gefährdet. So fallen beispielsweise Krankenhausverbünde, die in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan ihre Versorgungskapazitäten abgestimmt haben, nicht automatisch unter das Wettbewerbsrecht, wären aber bei einem entsprechenden Antrag aufwändig zu prüfen.

21. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe b, c und d KHSFV)
In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 11 wie folgt zu ändern:
a) In Buchstabe b ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.
b) In Buchstabe c ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.
c) Buchstabe d ist zu streichen.
Begründung:
§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe d KHSFV fordert von den Ländern bei länderübergreifenden Vorhaben bereits bei Antragstellung eine Erklärung, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen müssen.
Länder könnten im Rahmen der ihnen nach dem Königsteiner Schlüssel zugeordneten Mittel derartige Vorhaben beantragen. Zum Zeitpunkt der Beantragung kann aber in keinem Fall bereits eine Aussage darüber getroffen werden, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils noch nicht bekannte zurückzuzahlende Beträge aufbringen werden.

22. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 17 Absatz 1 Nummer 3, 4 und 5 KHSFV)
In Artikel 5 Nummer 4 ist § 17 Absatz 1 wie folgt zu ändern:
a) In Nummer 3 ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.
b) In Nummer 4 ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.
c) Nummer 5 ist zu streichen.
Begründung:
Aus dem Gesetzentwurf und der Begründung wird nicht klar, wie die Art und der Umfang der Unterlagen zu definieren sind. Auch die Quantifizierung und Qualifizierung bleibt unklar. Die Formulierung „aussagekräftige Unterlagen“ lässt einen erheblichen, nicht definierten Verwaltungsaufwand erwarten, der in keinem Verhältnis zu einer sinnhaften Evaluierung steht.

23. Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG)
Artikel 6 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:
‚1. § 23 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
b) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
c) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:
„10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“ ‘
Begründung:
Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen im Rahmen der Aufzählung eine eigenständige Rolle ein. Sie sind mit den Einrichtungen in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 9 IfSG nur schwer vergleichbar und sollten daher in einer eigenen Nummer genannt werden.
Eine Einbeziehung von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 IfSG könnte fälschlicherweise einen Zusammenhang mit der Aufzählung in § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG herstellen, was unter allen Umständen zu vermeiden ist. Die im Entwurf gewählte Formulierung „einschließlich“ suggeriert nämlich, dass Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes grundsätzlich zu derartigen Einrichtungen gezählt werden können. Dies ist jedoch für § 23 Absatz 5 IfSG nicht der Fall und vom Gesetzgeber sicher nicht vorgesehen, da sie sonst der Überwachung nach § 23 Absatz 6 IfSG unterlägen.

24. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a0 – neu – und a01 –neu – (§ 36 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 3 – neu – IfSG)
In Artikel 6 Nummer 2 sind dem Buchstaben a folgende Buchstaben a0 und a01 voranzustellen:
a0) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, sowie nicht unter Absatz 1 oder § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende Einrichtungen, Wohngruppen und sonstige gemeinschaftliche Wohnformen zur Intensivpflege (ambulante Intensivpflegeeinrichtungen) können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“
a01) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Im Rahmen der Überwachung ambulanter Intensivpflegeeinrichtungen gelten zusätzlich § 16 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 entsprechend.“

Begründung:
Antibiotikaresistenzen erschweren zunehmend die Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten und bedeuten für die Patienten oft längere Behandlungszeiten und zusätzliche Belastungen durch eine verzögerte oder nicht eintretende Heilung. Personen mit intensivpflegerischer Versorgung sind in besonderem Maße infektionsgefährdet für multiresistente Erreger (MRE). Risikofaktoren für MRE sind Abwehrschwäche, Multimorbidität, Hautläsionen und Wunden und der Einsatz von invasiven Hilfsmitteln (sogenannte Devices, zum Beispiel Blasenkatheter) und vorhergehende Krankenhausaufenthalte.
Kennzeichnend für ambulante Wohngruppen mit intensivpflegerischer Versorgung ist, dass regelmäßig Unterbringung sowie Versorgung und Pflegeleistungen von verschiedenen, unabhängigen Vertragsparteien erbracht werden, weshalb die Einrichtung insgesamt als privater Wohnraum gilt und nicht der Überwachung nach § 36 Absatz 1 und 2 IfSG unterliegt. Deshalb können diese Einrichtungen ohne Einwilligung der Bewohner nur bei entsprechenden Anhaltspunkten anlassbezogen nach §§ 16, 25 IfSG durch das Gesundheitsamt betreten werden. Soweit diese Einrichtungen jedoch intensivpflegerische Leistungen umfassen, erscheint auf Grund des infektionshygienischen Risikos dieser Leistungen die Möglichkeit einer anlasslosen infektionshygienischen Überwachung sinnvoll und geboten.
Die Gesundheitsämter können ohne einen Anhalt für Maßnahmen nach §§ 16, 25 IfSG nur Beratung auf freiwilliger Basis anbieten. Ein regelhafter Zugang zu etwa beatmeten Bewohnern ohne Einwilligung, um etwa die infektionshygienischen Anforderungen der Beatmungssituation prüfen zu können, ist damit nicht möglich.
Soweit intensivpflegerische Maßnahmen erfolgen – also pflegerische Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen, insbesondere künstliche Beatmung – wird schwerwiegend in lebenswichtige Körperfunktionen eingegriffen. Hierzu benötigte Geräte verbleiben längere Zeit unmittelbar am oder im Körper der Betroffenen, kommen vielfach mit Körpersekreten in Kontakt und können potentiell von Krankheitserregern besiedelt werden. Dabei droht nicht nur die Erkrankung des Betroffenen, auch ein Weitertragen der Erreger aus der Einrichtung hinaus, etwa über das Pflegepersonal oder Besuch, ist leicht vorstellbar. Da intensivpflegerische Maßnahmen sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch ambulant betreuten Wohngemeinschaften identisch sind, ist es nicht nachvollziehbar, dass die stationären Pflegeeinrichtungen infektionshygienisch überwacht werden können, ambulant betreute Wohngemeinschaften mit gleichartigem Infektionsrisiko hingegen nicht. Handlungsbedarf besteht insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass betroffene Patienten mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung zunehmend unmittelbar aus dem Krankenhaus in ambulant betreuten Wohngemeinschaften verlegt werden mit der Gefahr der Einschleppung nosokomialer Erreger.
Die Änderung sieht daher vor, solche Einrichtungen, soweit sie intensivpflegerische Leistungen umfassen, der fakultativen infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter nach § 36 Absatz 2 IfSG zu unterwerfen und den Gesundheitsämtern hierzu die Befugnis zu erteilen, auch Wohnräume zu betreten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG) soll insoweit eingeschränkt werden.
Der Sachverhalt wurde innerhalb der Arbeitsgruppe Infektionsschutz (AGI) der AOLG bereits erörtert.
Im Hinblick auf die Überwachung von ambulanten Wohngruppen sollen gegenwärtig nur Wohnsituationen mit ambulanter (nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallender) intensivpflegerischer Betreuung erfasst werden. Denn eine Vergleichbarkeit zu Pflegeheimen im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG erscheint zum einen nicht klar abgrenzbar, da es auch sehr kleine, formal als Pflegeheime klassifizierte Einrichtungen gibt – etwa hinsichtlich des Leistungsangebotes und der Anzahl der Bewohner. Zum anderen birgt diese vor diesem Hintergrund und der unklaren künftigen Marktentwicklung das Risiko, beispielsweise bereits die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes durch zwei zusammen lebende pflegebedürftige Ehepaare im Eigenheim als „vergleichbar“ mit zu erfassen. Maßgeblich sollte daher die ambulante „intensivpflegerische Versorgung“ sein. Dieser Begriff wird in § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V verwendet im Zusammenhang mit besonders hohem Bedarf an pflegerischen Leistungen oder einer Bedrohung der Vitalfunktion – ohne jedoch dort abschließend definiert zu werden.
Der Begriff aus dem Leistungsrecht erscheint aber in der Praxis so weit etabliert, dass er ohne weitere Definition handhabbar erscheint. Soweit dennoch eine Definition in das IfSG aufgenommen werden soll, so wird hierfür die Formulierung „Intensivpflege umfasst alle pflegerischen Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen.“ vorgeschlagen.
Die Formulierung sieht vor, dass das Gesundheitsamt zudem im Einzelfall immer von einer Überwachung Abstand nehmen kann, wenn objektiv keine nennenswerte infektionshygienische Gefahr besteht. Schließlich erscheint für die Überwachung ein Zutrittsrecht auch zu privaten Räumen sowie ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG sinnvoll. Ohne entsprechende Zutrittsrechte in den privaten Wohnraum, in dem die infektionshygienisch zu überwachende Intensivpflege stattfindet, liefe die Überwachung leer. Dies gilt insbesondere für ambulante, intensivpflegerisch betreute Wohngemeinschaften. Im Vergleich zu den Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG besteht bei ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen – also Wohngemeinschaften mit intensivpflegerischen Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst – die Besonderheit, dass es nicht notwendigerweise Geschäfts- oder Betriebsräume beziehungsweise Unterlagen im Sinne des § 36 Absatz 3 IfSG gibt, welche im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung in einem ersten Schritt kontrolliert werden können und gegebenenfalls Tatsachen oder Annahmen im Sinne von § 16 Absatz 1 IfSG für anlassbezogene Maßnahmen als zweiten Schritt liefern können. Vielmehr könnte die Überwachung ohne Zutrittsrecht in solchen Fällen bereits im Treppenhaus enden. Als Standort entsprechender Ergänzungen und des Verweises auf § 16 Absatz 4 IfSG würde sich § 36 Absatz 3 IfSG anbieten. Das Betretungsrecht für privaten Wohnraum (unter Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG) sollte allerdings beschränkt bleiben auf die genannten Fälle der infektionshygienischen Überwachung von ambulanten (beziehungsweise nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG oder

§ 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallenden) intensivpflegerischen Einrichtungen. Eine Ausdehnung insbesondere auf jeden Fall der Überwachung ambulanter Pflegedienste im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 7 IfSG würde mittelbar auch alle zu Hause gepflegten Personen der infektionshygienischen Überwachung unterwerfen und erscheint daher zu weit und nicht verhältnismäßig, da keine entsprechenden infektionshygienischen Gefahren, deren Verhinderung als Rechtfertigungsgrund in Betracht käme, ersichtlich sind. Auch bezüglich der übrigen Ziffern des § 36 Absatz 1 IfSG erscheint gegenwärtig ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG für den Vollzug nicht zwingend geboten, da bislang durch Ausweitung der Routineüberwachung des § 36 Absatz 1 IfSG bei Auffälligkeiten in den öffentlichen (Betriebs-) Räumen unter Rückgriff auf anlassbezogene Maßnahmen nach § 16 Absatz 1 IfSG auch für private Wohnräume der Vollzug ausreichend sichergestellt werden konnte. Soweit in der bestehenden Aufzählung von der Überwachung unterliegenden Räumlichkeiten in § 36 Absatz 3 IfSG privater Wohnraum ausgenommen ist, kann dieser gleichfalls durch Verweis auf § 16 IfSG, konkret § 16 Absatz 2 Satz 1 IfSG, mit einbezogen werden.

25. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe b bis e (§ 36 Absätze 6 bis 9 IfSG), **Nummer 3** (§ 69 Absatz 1 Nummer 11 IfSG) **und Nummer 4** (§ 73 Absatz 1a Nummer 19 IfSG)

Artikel 6 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 2 sind die Buchstaben b bis e zu streichen.

b) Nummer 3 ist zu streichen.

c) Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Der bisherige Absatz 6 des § 36 IfSG sollte erhalten bleiben. Hiernach erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Verordnungsermächtigung für die Zeugnisvorlage zum Ausschluss von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten bei Personen, die nach Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind. Über eine solche Verordnung des Bundes wären nötigenfalls die nun vorgesehenen Untersuchungen zu regeln, sofern seitens des Robert-Koch-Instituts derartige Maßnahmen empfohlen werden. Dies ist bislang nicht erfolgt und wird auch nicht als zielführend angesehen. Eine zusätzliche Verordnungsermächtigung für die Länder ist vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Es ist nicht ersichtlich, dass es in einzelnen Ländern bestimmte Gruppen von Personen mit einem besonderen Risiko gibt, die in anderen Ländern nicht vorkommen. Eine länderspezifische Sonderregelung ist daher nicht angezeigt, sondern sorgt für Rechtsunsicherheit und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung in Bezug auf den Eingriff in Persönlichkeitsrechte.

26. Zu Artikel 7 Nummer 4a – neu – (§ 23 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 1a – neu – und Absatz 5 Satz 1a – neu – bis Satz 1e – neu – SGB V) **und Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa** (§ 40 Absatz 3 Satz 1a – neu – SGB V)

Artikel 7 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 4 ist folgende Nummer 4a einzufügen:

‚4a. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese Behandlung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

b) In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Im Fall ihrer stationären Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 1b. Um das Ziel der Vorsorgeleistung zu erreichen oder zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“ ‘

b) In Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa ist den neu einzufügenden Sätzen folgender Satz voranzustellen:

„Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bisher vor, dass pflegende Angehörige einen Rechtsanspruch auf stationäre Rehabilitation erhalten. Dies ist ebenso zu begrüßen wie der Verzicht auf die Voraussetzung einer zuvor durchgeführten ambulanten Krankenbehandlung oder einer ambulanten Rehabilitation.

Nicht nachvollzogen werden kann jedoch, warum der neue Rechtsanspruch und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V und nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) 2013 wurde in § 23 Absatz 5 SGB V eingefügt, dass die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien. Dies hat sich ebenso wie beim § 40 SGB V als unzureichend, weil wirkungslos, herausgestellt. Analog zum Anspruch auf stationäre Rehabilitation ist auch ein Anspruch

auf stationäre Vorsorge (inklusive Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen) erforderlich.
Dies bildet für pflegende Angehörige konsequent nach, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter (Mutter-Kind- beziehungsweise Vater-Kind-Maßnahmen) sowohl für stationäre Vorsorge als auch für stationäre Rehabilitation geregelt ist.
Der im Gesetzentwurf im Fall einer stationären Rehabilitation vorgesehene Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung der Pflegebedürftigen (Bewilligung und Erbringung der Leistungen durch die Krankenkasse, Erstattung durch die Pflegekasse) wird ebenfalls auf die stationäre Vorsorge übertragen.
Ziel des Gesetzentwurfs ist es, pflegenden Angehörigen den Zugang zu stationären Maßnahmen zu erleichtern. Um angesichts der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger die tatsächliche Inanspruchnahme von stationären medizinischen Vorsorge- beziehungsweise Rehabilitations-Leistungen im Sinne der §§ 23 und 40 SGB V zu verbessern, ist eine vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung erforderlich.
Beratung und Betreuung haben sowohl im Vorfeld als auch im Nachgang von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen eine wichtige therapieunterstützende Bedeutung. So können Zugangshürden beseitigt und pflegende Angehörige individuell gezielt auf eine Maßnahme vorbereitet werden. Im Anschluss daran gilt es, einen Therapieerfolg in den Pflegealltag zu übertragen und unter anderem durch Nachsorgeangebote am Wohnort nachhaltig zu sichern.
Für diese Aufgaben bietet sich insbesondere an das bundesweite dezentrale Netz von Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks (Trägergruppen: Wohlfahrtsverbände), dessen Arbeit sich seit einigen Jahren auch auf pflegende Angehörige neu ausgerichtet hat. Hierbei handelt es sich um ein bisher nicht öffentlich gefördertes niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks sind häufig eine erste Anlauf- und Clearingstelle.
Diese wichtige Versorgungsstruktur ist für pflegende Angehörigen mit ihrem spezifischen Beratungs- und Betreuungsbedarfs im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wohnortnah zu sichern und noch stärker nutzbar zu machen. Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, für diesen Personenkreis einen Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen als gesetzliche Leistung einzuführen.

27. Zu Artikel 7 Nummer 10 (§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V) **und Artikel 11 Nummer 17** (§ 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI)

a) In Artikel 7 Nummer 10 sind in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.

b) In Artikel 11 Nummer 17 sind in § 89 Absatz 3 Satz 3 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.

Begründung:
Eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten ist nicht nur in unterversorgten ländlichen Räumen notwendig. Ferner gibt der Gesetzentwurf keine Kriterien vor, wann von „unterversorgten ländlichen Räumen“ auszugehen ist. Ein Rückgriff auf die Regelungen der nach Arztgruppen differenzierten ärztlichen Bedarfsplanung im Sinne von § 100 SGB V ist abzulehnen, weil ärztliche Unterversorgung und die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten nicht notwendig miteinander korreliert. Die Abgabe von Rahmenempfehlungen für die Vergütung von längeren Wegezeiten sollte daher nicht auf unterversorgte ländliche Räume beschränkt werden.

28. Zu Artikel 7 Nummer 12 (§ 137j SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren bei der Regelung des Pflegepersonalquotienten und der Verordnungsermächtigung die Berücksichtigung folgender Aspekte zu prüfen:

a) Die Einführung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V verfolgt auch das Ziel der Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität. Dazu erscheint es nicht hinreichend, beim Pflegepersonalquotienten allein auf eine Untergrenze abzustellen, bei deren Unterschreitung eine patientengefährdende pflegerische Versorgung vermutet wird. Vielmehr sollte neben dieser Untergrenze eine zweite Grenze benannt werden, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann. Denn nach § 70 Absatz 1 Satz 2 SGB V muss die Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Daran anknüpfend müsste die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtete Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zu dem Pflegepersonalquotienten in der Weise angepasst werden, dass auch das Nähere zur Festlegung des Werts für eine durchschnittliche Personalausstattung zu regeln und bei den Sanktionen zu berücksichtigen ist, dass es zwei Grenzen gibt, die in einem gestuften System beide Sanktionen auslösen können.

b) Nach § 137j Absatz 1 Satz 1 SGB V wird erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus ein Pflegepersonalquotient ermittelt, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Wo die für diese Ermittlung anzusetzenden Zahlen herkommen, ergibt sich aus der Begründung zu § 137j SGB V. Danach soll sich der Pflegeaufwand aus der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands ergeben. Gemeint sein dürfte hier der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellte Pflegelastkatalog – Version 0.99 – beziehungsweise eine Weiterentwicklung dieses Katalogs. Der Pflegelastkatalog bezieht sich auf die „Pflege am Krankenbett“, er bezieht also Pflege, die nicht „am Bett“ erbracht wird, nicht ein. Für die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst soll die Datenübermittlung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) maßgeblich sein. Danach haben die Krankenhäuser die Anzahl der im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen zu übermitteln. Was mit Pflegedienst gemeint ist, wird weder in § 21 KHEntgG noch in

§ 137j SGB V oder seiner Begründung erläutert. Deshalb sollte in geeigneter Form klargestellt werden, dass zum Pflegedienst im Sinne von § 137j SGB V nicht das im medizinisch-technischen Dienst oder im Funktionsdienst eingesetztes Pflegepersonal gehört. Andernfalls würde der Pflegepersonalquotient der Krankenhäuser auf der Grundlage von Zahlen mit unterschiedlichem Bezugspunkt ermittelt werden.

c) Wissenschaftliche Evidenz für die Qualität der Patientenversorgung aufgrund der pflegerische Besetzung auf der Station liegt nur für examiniertes Pflegepersonal vor, nicht für die Zahl der auf der Stationen für die Pflege insgesamt eingesetzte Gesamt-Vollkräftezahl (also auch geringer qualifiziertes oder angelerntes Personal). Insofern wird zusätzlich zu Buchstabe b vorgeschlagen, bei dem Pflegepersonalquotienten ausschließlich examiniertes Pflegepersonal zu berücksichtigen. Dafür hat jedes Krankenhaus für die Ausgestaltung des Zählers des Quotienten dem InEK die Zahl des in der Versorgung „am Bett" tätigen examinierten Pflegepersonals zu übermitteln. Diese Zahl muss schon jetzt von den Krankenhäusern, die das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG in Anspruch nehmen, erhoben werden. Laut Auskunft des InEK wäre es möglich, für den Nenner des Quotienten den Pflegelastkatalog entsprechend so zu modifizieren, dass nur examinierte Pflegekräfte berücksichtigt werden.

d) Nach § 137j Absatz 2 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den ab dem Budgetjahr 2020 von den Vertragsparteien auf Krankenhausebene zu vereinbarenden Sanktionen bei Nichteinhaltung der Untergrenze zu regeln. Der Bundesrat geht davon aus, dass in der Rechtsverordnung vorrangig Leistungseinschränkungen bei Unterschreiten der Untergrenzen vorgesehen werden, um ein angemessenes Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegelast herzustellen. Da dies Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und damit auf die Krankenhausplanung der Länder haben kann, ist zugleich zu normieren, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bei Leistungseinschränkungen entsprechend der Regelung in § 110 Absatz 2 SGB V ein Vetorecht hat, soweit sie darlegen kann, dass die Kapazitäten für die Versorgung unverzichtbar sind.

29. Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren, den ab dem 1. Januar 2020 geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen.

Begründung:

Mit der Neuregelung des § 8 Absatz 10 KHEntgG durch den Artikel 8 Nummer 1 PpSG wird der Pflegezuschlag (500 Millionen Euro/Jahr) ab dem 1. Januar 2020 aufgehoben.

Hintergrund dieser Änderung ist der Gedanke, dass mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG eine verbesserte Anreizwirkung zur Einstellung von Pflegepersonal geschaffen wird, als es bislang über den Pflegezuschlag gelang, da – anders als beim bisherigen Pflegezuschlag – eine Zweckbindung der Mittel vorgesehen ist.

Der Bundesgesetzgeber hat mit der Einführung des Pflegezuschlags seinerzeit den Willen gehabt, eine dauerhafte Zurverfügungstellung der Finanzmittel zu gewährleisten, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenhäuser mit den ihnen durch den Pflegezuschlag zuteilwerdenden Mitteln entsprechend kalkulieren.

Die mit der Neuregelung einhergehende Zweckbindung der Mittel durch das Pflegebudget könnte zu dem gewünschten Erfolg führen, dennoch auch ungewollte Finanzierungslücken in anderen Bereichen der Krankenhäuser verursachen, die die Personalsituation weiterer, im Krankenhaus notwendiger Berufsgruppen beeinträchtigen könnte.

Eine Einrechnung des bisherigen Pflegezuschlags in den Landesbasisfallwert ist deshalb sachgerecht, weil der Grundgedanke des Pflegezuschlags, der Anreizmechanismus zur Einstellung von Pflegepersonal, durch den § 6a KHEntgG obsolet wird, durch den Wegfall des Pflegezuschlags jedoch Finanzierungslücken in anderen Bereichen entstehen können, die anderweitig nicht aufgefangen werden dürften.

30. Zu Artikel 9 Nummer 4 (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 4 sind in § 6a Absatz 2 Satz 6 nach dem Wort „ergreift" die Wörter „oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt" einzufügen.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass ab dem Jahr 2020 umgesetzte Innovationen, die zu einer Entlastung der Pflege führen, im Pflegebudget erhöhend berücksichtigt werden können, reicht nicht aus. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass zum Zeitpunkt des Umstiegs bereits bestehende pflegeentlastende Maßnahmen budgeterhöhend ebenfalls berücksichtigt werden können. Ansonsten würden Kliniken, die bereits intensive Maßnahmen zur Entlastung der Pflege ergriffen haben, benachteiligt.

31. Zu Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

‚aa) Der Nummer 5 wird folgender Halbsatz angefügt:

„für Krankenhäuser, die weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein erheblich verringerter Abschlag vorzusehen." '

Begründung:

Das PpSG sollte genutzt werden, um absehbare Versorgungsprobleme im Gefolge der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19. April 2018 getroffenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu verhindern.

Die Regelung des G-BA vom 19. April 2018 sieht zwingend Abschläge auch für Krankenhäuser vor, die zwar weiter an der Notfallversorgung teilnehmen, aber die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen. Es ist zu befürchten, dass sehr viele dieser Krankenhäuser sich unter diesen Umständen aus der Notfallversorgung zurück-

ziehen werden. Selbst wenn diese Häuser bisher aufgrund ihrer Größe oder Leistungsstruktur nur in geringerem Umfang an der Notfallversorgung beteiligt waren, würde ihr Wegfall die verbleibenden Notfallkrankenhäuser zusätzlich belasten, was nicht zuletzt angesichts der personell sehr angespannten Situation besonders in Ballungsräumen Versorgungsprobleme befürchten lässt.Der gesetzliche Rahmen für die Vereinbarung der Selbstverwaltung sollte daher vorgeben, dass die Abschlagshöhe für Krankenhäuser erheblich zu vermindern ist, wenn diese die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen, aber weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen.

32. Zu Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist § 10 Absatz 5 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst und den übrigen ärztlichen und nichtärztlichen Personalbereich 100 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt."

Begründung:

Die unbedingt erforderlichen Maßnahmen für die Beschäftigten im Pflegedienst dürfen nicht zu einer Schlechterstellung der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus führen. Es muss verhindert werden, dass ein Ungleichgewicht in der tariflichen Entwicklung eintritt. Auch bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus ist teilweise bereits ein Fachkräftemangel zu verzeichnen und den Krankenhäusern muss auch dort die Möglichkeit von angemessenen Vergütungssteigerungen ermöglicht werden; insbesondere da die Herauslösung der Pflegekosten Auswirkungen auf die anderen Kostenblöcke des Krankenhauses haben wird, da der Bereich der fixen Kosten in den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) deutlich niedriger sein wird als bisher. Insofern sind keine Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Finanzierung von Tarifsteigerungen der anderen Berufsgruppen aus den Erlösen gegeben.

33. Zu Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a0 – neu – (Inhaltsübersicht) **und Nummer 3a – neu –** (§ 18d – neu – SGB XI)

Artikel 11 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 1 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a0 voranzustellen:

‚a0) Nach der Angabe zu § 18c wird folgende Angabe zu § 18d eingefügt:

„§ 18d Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung" '

b) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3a einzufügen:

‚3a. Nach § 18 c wird folgender § 18d eingefügt:

„§ 18d Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Beteiligung der Länder eine Anpassung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung mit der Zielsetzung, dass sich Versorgungskonzepte verstärkt an den Bedarfen und der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen orientieren. Hierbei sind eine mögliche Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen und die Problembeschreibungen und Empfehlungen aus dem Bericht zur „Bereinigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung" systematisch aufzuarbeiten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. März 2021 Vorschläge für die strukturelle Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu veröffentlichen." '

Begründung:

Derzeit unterscheiden sich die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung in der Langzeitpflege stark danach, ob der Pflegebedürftige ambulant oder stationär versorgt wird. Insbesondere seit den Pflegestärkungsgesetzen stehen bei ambulanter Versorgung insgesamt deutlich mehr Leistungen zur Verfügung.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung passt oft nicht zur Lebenswirklichkeit und zum Bedarf vieler Pflegebedürftiger. Gerade neue Wohnformen, die durchaus gewollt sind, lassen sich häufig nicht klar einem der beiden Bereiche zuordnen.

In der Praxis ist eine sogenannte Ambulantisierung zu beobachten, die Zweifel daran aufkommen lässt, ob die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei dessen Versorgung wirklich im Mittelpunkt steht.

Bei einer strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sind auch die Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung insbesondere bei den Themen medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Zuständigkeit für geriatrische Rehabilitation systematisch aufzuarbeiten.

Eine solche grundsätzliche Prüfung kann mit einer Prüfung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung einhergehen, die angesichts der sich abzeichnenden Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung unvermeidbar ist.

Der Prüfauftrag nimmt das im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorhaben einer grundsätzlichen Verbesserung der Pflege in Angriff und entspricht einem Beschluss der 94. Arbeits- und Sozialministerkonferenz.

34. Zu Artikel 11 Nummer 3

Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, den beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht zu erleichtern. Insofern unterstützt der Bundesrat die in Artikel 11 des Gesetzentwurfs enthaltene Intention der Bundesregierung, in den Jahren 2019 bis 2024 Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die geplante Teilfinanzierungsverantwortung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Schritt in die falsche Richtung ist, da es sich bei den beabsichtigten Maßnahmen um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Finanzierung nicht allein den Beitragszahlern der Pflegeversicherung auferlegt werden darf.

Der Bundesrat fordert daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die aus dem Ausgleichsfonds verausgabten Mittel jährlich nachschüssig, beginnend mit dem Jahr 2020 für die im Jahr 2019 entstandenen

Ausgaben, durch entsprechende Ausgleichszahlungen des Bundes aus Steuermitteln an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vollständig ausgeglichen werden.

Begründung:

Grundsätzlich werden alle Maßnahmen begrüßt, die beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht erleichtern. Dies kann auch ein Beitrag sein, dem Fachkraftmangel zu begegnen. Jedoch gibt es auch eine Vielzahl anderer Berufsgruppen, die ähnlichen Bedingungen ausgesetzt und deren Tätigkeit ebenfalls für das Gemeinwohl unverzichtbar sind. Insofern wird die notwendige Unterstützung dieser Menschen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen und die vorgesehene Übertragung einer Teilfinanzierungsverantwortung bis maximal 7 500 Euro pro Pflegeeinrichtungen auf die Pflegeversicherung – und damit auf deren Beitragszahler – insofern als versicherungsfremde Aufgabe angesehen, die aus Finanzierungsaufwendungen aus Bundesmitteln ausgeglichen werden müssen. Auch vor dem Hintergrund der seitens der Bundesregierung für das Jahr 2019 angekündigten deutlichen Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung wäre ein Ausgleich aus Bundesmitteln zielführend.

Die vorgeschlagene Maßnahme zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen entspricht gängiger Praxis bei anderen Sozialversicherungsträgern, zum Beispiel der Kranken- oder der Rentenversicherung.

35. Zu Artikel 11 Nummer 7a – neu – (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 11 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

‚7a. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „45“ ersetzt.‘

Begründung:

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) wurde der ursprünglich für 2017 vorgesehene nächste Prüfungszeitpunkt mit einer möglichen Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2018 auf das Jahr 2020 verlegt, so dass die nächste Leistungsanpassung demnach erst zum 1. Januar 2021 anstünde.

Die Verlegung des Prüfungszeitpunktes erfolgte mit der Begründung, dass anstehende Anpassungen bereits in die Leistungsverbesserungen durch das PSG II zum 1. Januar 2017 eingeflossen sind.

Der Wert der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel ist im Gegensatz zu zahlreichen anderen Leistungen mit dem PSG II jedoch nicht erhöht worden. Hier erfolgte die letzte und seit Einführung der Pflegeversicherung einzige Erhöhung mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) zum 1. Januar 2015.

Damit pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können, wird der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 45 Euro monatlich angehoben – einschließlich der nach § 30 vorzunehmenden Dynamisierung. Nachdem die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zum 1. Januar 2015 weit überdurchschnittlich erhöht wurden, erscheint hier ein Abwarten bis zur nächsten Leistungsanpassung vertretbar.

36. Zu Artikel 11 Nummer 17 Buchstabe a – neu – und Buchstabe b (§ 89 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 SGB XI)

Artikel 11 Nummer 17 ist wie folgt zu fassen:

‚17. § 89 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Die Vergütungen haben“ die Wörter „ eine Bezahlung von Gehältern in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gesondert“ und nach den Wörtern „zu berücksichtigen“ das Wort „sowie“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „... < wie Vorlage > ...“ ‘

Begründung:

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde die Finanzierung von Tariflöhnen durch die Kostenträger erleichtert. Die Bezahlung von tarifvertraglich oder kirchenarbeitsrechtlich vereinbarten Gehältern darf seitdem durch die Kostenträger nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Nachdem diese Regelung in privatwirtschaftlich geführten Pflegeeinrichtungen ohne unmittelbare Tarifbindung nicht griff und um einen Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen Pflegekräften in tarifgebundenen und nichttarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen, wurde mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz geregelt, dass auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflöhnen von den Kostenträgern als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Hierdurch sollten insbesondere nichttarifgebundene Pflegeeinrichtungen ermutigt werden, Einzelverhandlungen zu führen, um die Löhne ihrer Mitarbeiter bis auf Tarifniveau steigern zu können.

Nach den ersten Erfahrungen haben diese Regelungen zu nur teils und nur geringfügig höheren Vergütungen der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI bei Verträgen gemäß § 89 SGB XI für Pflegedienste, die bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind, gegenüber entsprechenden Verträgen für Pflegedienste, die bei Interessenvertretungen privater Anbieter organisiert sind, geführt.

Gerade in der ambulanten Versorgung haben die bisherigen Regelungen nicht zu einer flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte geführt.

Eine verpflichtende Differenzierung in den Verträgen nach § 89 SGB XI sowohl beim Punktwert des Komplexleistungssystems, als auch bei der Vergütung nach Zeit und bei der Vergütung von Pauschalen danach, ob der Träger eines Pflegedienstes Gehälter in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen beziehungsweise entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlt oder nur dahinter zurück bleibt, soll die Bereitschaft für flächendeckende Tarifverträge erhöhen, zumindest eine flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte erreichen.

Die notwendigen Nachweise für eine entsprechende Bezahlung sind durch Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI auf die entsprechende Geltung des § 84 Absatz 7 SGB XI sichergestellt.

37. Zum Gesetzentwurf allgemein

a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

b) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass auch die Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger vor vergleichbaren Problemen steht wie die Pflege: In Deutschland kommen mehr als 98 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt, zudem steigen seit einiger Zeit die Geburtenzahlen wieder deutlich an. Jedoch hat fast jedes zweite Krankenhaus mit einer Geburtshilfeabteilung Schwierigkeiten, offene Hebammenstellen zu besetzen. Es gibt zu wenige Hebammen-Planstellen in den Kreißsälen, um eine angemessene Hebammenbetreuung während der Geburt sicherzustellen. Zusätzlich können im Durchschnitt schon jetzt in jedem Kreißsaal 1,6 Hebammen-Planstellen nicht besetzt werden.

c) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, vor dem Hintergrund der unter Buchstabe b aufgeführten Punkte, eine Erweiterung des Gesetzesvorhabens um die Hebammenstellen und Hebammenpersonalkosten zu prüfen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob und wie:

– die geplante vollständige Refinanzierung jeder zusätzlichen und jeder aufgestockten Pflegestelle am Bett ebenso für die Hebammenstellen im Kreißsaal ermöglicht werden kann;

– die angestellten Hebammen in die für die Pflege vorgesehene vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen einbezogen werden können;

– die für das Jahr 2020 vorgesehene Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten und die Einführung neuer Pflegebudgets, mit der den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten der Pflege erstattet werden sollen, in analoger Weise auch auf den Hebammenbereich übertragen werden kann;

– der Auftrag an die Vertragspartner sowie an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, bis zum Jahr 2020 die Grundlagen für und die Umsetzung eines neuen Finanzierungskonzeptes zu erarbeiten, um die Hebammen erweitert werden kann.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der benannten Probleme in der stationären Hebammenversorgung würde eine Ausweitung der geplanten Regelungen auf angestellte Hebammen zu einer nachhaltig spürbaren Entlastung und Sicherstellung der Versorgung in der Geburtshilfe führen, da hieraus unmittelbar der Anreiz einer vermehrten Einstellung von Hebammen und damit ein besserer Betreuungsschlüssel für die werdenden Mütter folgt.

38. Die Pflegekräfte in den Rehabilitationseinrichtungen sind ähnlichen Belastungen ausgesetzt wie Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt jedoch nur der Stärkung der bedarfsgerechten Ausstattung der medizinischen Behandlungspflege in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung. Es steht zu befürchten, dass sich in der Folge die Personalprobleme in den Rehabilitationseinrichtungen durch Abwanderung der Pflegekräfte in Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen noch verschärfen werden. Vor diesem Hintergrund sollten die Rehabilitationseinrichtungen im „Sofortprogramm Pflege“ ebenfalls Berücksichtigung finden.

39. Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Regelungen des PpSG zur Finanzierung des Pflegepersonals, zur Förderung der IT-Modernisierung, zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Beteiligung an der Ausbildung der Pflegekräfte sinngemäß auf Rehabilitationskliniken übertragen werden können, um eine Benachteiligung gegenüber Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb um Pflegekräfte und Auszubildende zu vermeiden.

Begründung:

Das vorgeschlagene Gesetz bringt massive Nachteile für Rehaeinrichtungen.

a) Benachteiligung bei der Finanzierung von Pflegekräften

Ab Januar 2019 können in stationären Pflegeeinrichtungen 13 000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für Pflegekräfte in Krankenhäusern wird voll von der Krankenversicherung finanziert. Darüber hinaus werden die Tarifsteigerungen in der Krankenhauspflege vollständig von den Kostenträgern übernommen (rückwirkend ab dem Jahr 2018). Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der Wettbewerb könnte erheblich verzerrt werden, wenn das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen bevorzugt.

Die Rehakliniken sind im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt. Dabei ist auch dort der Pflegenotstand angekommen. Die verschärfte Wettbewerbsverzerrung kann dazu führen, dass Personal von den Rehakliniken abgeworben wird, oder Pflegekräfte aus den Rehakliniken freiwillig abwandern. Die Rehakliniken könnten ihre Konkurrenzfähigkeit verlieren.

Es sollte auch für Pflegekräfte in Rehaeinrichtungen finanzielle Unterstützung geben. Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschlussversorgung für Krankenhauspatienten gefährden.

b) Unterstützung der Modernisierung der IT-Infrastruktur

Die Pflegeversicherung unterstützt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf über eine 40-prozentige Kofinanzierung einmalig die Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12 000 Euro.

Ziel ist eine Entlastung der Pflegekräfte. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30 000 Euro je Einrichtung finanziert werden. Auch die Rehakliniken sollten in diese Förderung einbezogen werden.

c) Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements
Der Bund verpflichtet die Krankenkassen, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der derzeit für diese Leistungen gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird auf 3,15 Euro angehoben. Diese Verpflichtung ist auch auf die betriebliche Gesundheitsförderung in Rehakliniken auszuweiten. Auch Pflegekräfte in Rehakliniken sind psychisch und physisch belastet.

d) Erhöhung der Ausbildungsträger für Pflegekräfte
Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab, mehr Pflegestellen zu schaffen. Aus diesem Grund muss auch die Zahl der Ausbildungsträger erhöht werden. Die Ausbildung wurde im Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehakliniken sind darin als Ausbildungsträger nicht genannt.
Sie können allerdings im Rahmen weiterer Einsätze ausbilden (§ 7 Absatz 2 PflBG).
Im Laufe der Umsetzung der Reform sollte geprüft werden, ob Rehabilitationsklinken als Ausbildungsträger einbezogen werden können.

40. Zur Sicherstellung einer weiterhin flächendeckenden qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung der Patientinnen und Patienten:

a) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass durch die Umsetzung der aktuellen Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 19. Juni 2018, Az.: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, eine Gefährdung der flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung – insbesondere in den Flächenländern – zu befürchten steht.

b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, Maßnahmen zu prüfen, die eine qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung auch in den Flächenländern weiterhin nachhaltig sicherstellen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob eine – und gegebenenfalls eine wie geartete – Anpassung oder Änderung der Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer Behörde im Geschäftsbereich des Bundeministeriums für Gesundheit (BMG), die notwendige Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für die Abrechenbarkeit der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und damit Sicherung der flächendeckenden Leistungserbringung durch die Kliniken gewährleistet.

Begründung:
Das Bundessozialgericht hat mit den Urteilen vom 19. Juni 2018, Az: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, Festlegungen zum Mindestmerkmal des OPS der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls getroffen, die sich auf die Neudefinition und Bewertung des Merkmals der „Transportzeit“ beziehen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Urteile aufgrund ihrer Erlösrelevanz die flächendeckende, qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung – insbesondere in den Flächenländern – gefährdet.
Einzelne Krankenkassen zahlen die Leistungen der neurologischen Komplexbehandlungen – obwohl die schriftlichen Urteilsbegründungen noch nicht vorliegen – bereits jetzt nur noch unter Vorbehalt der Rückforderung beziehungsweise Stornierung und Verrechnung. Die leistungserbringenden Krankenhäuser sind aufgrund der Rückforderungsproblematik gezwungen, bilanzielle Rückstellungen zu bilden und es tritt eine Verunsicherung ein, wie in Zukunft diese für die Patienten überaus wichtigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können.
Die Anpassung und Änderung der OPS liegt in der Zuständigkeit des DIMDI.
Der Bundesrat bittet daher um die genannten Überprüfungen, um eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall auch weiterhin in allen Ländern nachhaltig sicherzustellen.

d) Gegenäußerung der Bundesregierung vom 4. Oktober 2018 (Drucksache 19/4729)

Die Bundesregierung äußerst sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Zu Nummer 1 Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 17b Absatz 4 KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die Bundesregierung stimmt der Stellungnahme insoweit zu, als sich das DRG-System grundsätzlich bewährt hat. Bei Diskussionen über die Berücksichtigung eines überdurchschnittlichen Lohnniveaus bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte wurde bisher stets auf das Pflegepersonal abgestellt. Einem überdurchschnittlich hohen Lohnniveau in der Pflege wird ab dem Jahr 2020 durch die Berücksichtigung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Pflegebudget Rechnung getragen.

Zu Nummer 2 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 1, Satz 4, Satz 5 und Satz 6 KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Nach Auffassung der Bundesregierung besteht Anpassungsbedarf in Bezug auf die Krankenhausstrukturen nicht nur innerhalb der einzelnen Länder, sondern auch länderübergreifend. Die Regelung verfolgt den Zweck, dass die Länder bei ihren Förderentscheidungen auch solche Vorhaben in den Blick nehmen, die sich über die Landesgrenzen hinaus

erstrecken. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass die Ländergrenzen oftmals nicht den Einzugsbereichen der Krankenhäuser entsprechen (vgl. Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung", S. 171, Rn. 223). Dem von Länderseite vorgebrachten Anliegen ist bereits dadurch Rechnung getragen worden, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Zuweisung von 10 Prozent des Fördervolumens auf länderübergreifende Förderprojekte auf 5 Prozent abgesenkt worden ist.

Zu Nummer 3 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 3 KHG) **und Artikel 5 Nummer 4** (§14a – neu – KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Der Verzicht auf ein Nachverteilungsverfahren dient der Verschlankung des Verwaltungsverfahrens. Im Rahmen der bisherigen Durchführung des Krankenhausstrukturfonds betrug der im Nachverteilungsverfahren zur Verfügung stehende Betrag rund. 2,3 Prozent der Fördermittel. Mit der Durchführung des Nachverteilungsverfahrens war gleichzeitig ein erheblicher Verwaltungsaufwand verbunden. Außerdem ist der Förderzeitraum koalitionsvertraglich auf vier Jahre begrenzt. Darüber hinausgehender Förderbedarf wird im Rahmen der Diskussion um die künftige Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich zu berücksichtigen sein.

Zu Nummer 4 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 7 – neu – KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Aus Sicht der Bundesregierung ist eine solche Regelung nicht erforderlich. Dem Anliegen kann im Rahmen des geltenden Rechts Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 5 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die Regelung des Gesetzentwurfs zielt darauf ab, dass die Länder ab dem Jahr 2019 in jedem Jahr mindestens das durchschnittliche Förderniveau der Jahre 2015 bis 2017 aufrechterhalten. Angesichts der defizitären Förderpraxis der Länder und der damit verbundenen Gefahr des schleichenden Substanzverzehrs an den Krankenhäusern ist dies erforderlich, damit die vorgesehenen Maßnahmen gegen eine weitere Absenkung der bisherigen Förderniveaus umgehend greifen. Dagegen würde die vorgeschlagene Änderungsformulierung etwa erlauben, dass die Länder ihr bisheriges Förderniveau in den Jahren 2019 und 2020 weiter absenken, um diese Absenkung durch erhöhte Förderbeträge in den Jahren 2021 und 2022 auszugleichen.

Zu Nummer 6 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Aus Sicht der Bundesregierung würde das Anliegen des Bundesrats durch den Formulierungsvorschlag nicht umgesetzt werden. Die Pflicht der Länder zur Bereitstellung von Kofinanzierungsmitteln zum Krankenhausstrukturfonds 2016 ist in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 Buchstabe b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehen. Dagegen nimmt der Formulierungsvorschlag des Bundesrats auf § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG Bezug. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zur Empfehlung Nummer 7 verwiesen.

Zu Nummer 7 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1a – neu – KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die im Rahmen der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds aufgebrachten Kofinanzierungsmittel der Länder sind als Beitrag der Länder zu einem schrittweisen Aufwuchs des Gesamtfördervolumens in die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Jahre 2015 bis 2017 einzubeziehen. Angesichts einer bestehenden Investitionslücke von mindestens 2,6 Milliarden Euro (vgl. Gutachten des RWI - Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung vom 6. Dezember 2017, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich) erscheint die Einbeziehung der für den bisherigen Krankenhausstrukturfonds aufgebrachten Kofinanzierungsmittel der Länder in die Bemessungsgrundlage sachgerecht.

Zu Nummer 8 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1b – neu – KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die Regelung des Gesetzentwurfs zielt darauf ab, dass die Länder ab dem Jahr 2019 in jedem Jahr mindestens das durchschnittliche Förderniveau der Jahre 2015 bis 2017 aufrechterhalten. Angesichts der defizitären Förderpraxis der Länder und der damit verbundenen Gefahr des schleichenden Substanzverzehrs an den Krankenhäusern ist es aber erforderlich, dass die vorgesehenen Maßnahmen gegen eine weitere Absenkung der bisherigen Förderniveaus umgehend greifen. Dagegen führt die vorgeschlagene Änderungsformulierung zu einer aus Sicht der Bundesregierung ungewollten Flexibilität bei der Festlegung des aufrechtzuerhaltenden Förderniveaus und damit zur Gefahr der Absenkung des Fördervolumens unter den Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2017.

Zu Nummer 9 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 3 KHG)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrats prüfen.

Zu Nummer 10 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 4a – neu – KHG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Grundlage der Förderung aus dem Krankenhausstrukturfonds ist die Fördersystematik des KHG. Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften über den Hochschulbau gefördert werden, können nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG nicht gefördert werden. Eine Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Förderung wäre auch nicht sachgerecht, da die Investitionsförderung von Hochschulkliniken seit 2007 in der alleinigen Verantwortung der Länder steht, die hierfür jährlich Kompensationszahlungen aus dem Bundeshaushalt erhalten haben. Eine zusätzliche Förderung aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds kommt daher nicht in Betracht. Darüber hinaus wären die Länder bei Einbeziehung der

Hochschulkliniken in die Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds analog der Regelung zu den sonstigen Krankenhäusern zu verpflichten, in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für den Hochschulbau in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht. Wegen der finanzierungsrechtlichen Besonderheiten von Hochschulkliniken wäre die Einhaltung dieser Verpflichtung durch die Länder nur schwer überprüfbar.

Zu Nummer 11 Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a1 –neu – (§ 8 Absatz 2 Satz 1a – neu – KHSFV)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrats prüfen.

Zu Nummer 12 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 und § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Der Bedarf an der Durchführung von Konzentrationsmaßnahmen ist bereits durch die bisherige Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds in erheblichem Umfang gedeckt worden. Schon in der Begründung zur Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hat der Verordnungsgeber verdeutlicht, dass mit der Konzentrationsförderung insbesondere das Ziel der Zusammenfassung komplexer Versorgungsangebote verbunden ist, zum Beispiel in Schlaganfall-, Perinatal- oder Schädel-Hirn-Verletztenzentren (BR-Drs. 532/15, Seite 11). Die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung bietet nun erstmals auch einen wichtigen finanziellen Anreiz zur Fokussierung der Konzentrationsförderung auf Vorhaben von herausgehobener struktureller Bedeutung und damit zur weiteren Verbesserung der bestehenden Versorgungsstrukturen. Vor diesem Hintergrund sollen Konzentrationsvorhaben, die der Bildung von Zentren für seltene, schwerwiegende und komplexe Erkrankungen förderlich sind oder innerhalb von Krankenhausverbünden im Rahmen einer dauerhaften Kooperation zwischen den beteiligten Krankenhäusern vollzogen werden, sowohl mit einer Schließungskostenförderung als auch mit einer Baukostenförderung unterstützt werden. Gleiches gilt für dem Umfang nach besonders bedeutsame Konzentrationsvorhaben, bei denen es zur Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts kommt. Wie aus § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV in der Fassung des Gesetzentwurfs hervorgeht, ist eine Förderung von Konzentrationsvorhaben, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, nicht ausgeschlossen. Auch diese Konzentrationsvorhaben können mit Schließungspauschalen gefördert werden.

Zu Nummer 13 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die im Gesetzentwurf enthaltene Formulierung dient der Klarstellung, dass im Fall einer Neuausrichtung eines ganzen Krankenhauses hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten umzustrukturieren ist. Damit werden diejenigen Vorhaben angesprochen, in denen ein Bündel an Einzelmaßnahmen zur Erreichung einer insgesamt sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur als einheitliche und förderfähige Umwandlungsmaßnahme zu qualifizieren ist. In diesem Fall sind sämtliche Umstrukturierungsmaßnahmen auch dann förderfähig, wenn sie nicht unmittelbar an den vorhandenen, akutstationären Versorgungsstrukturen ansetzen, etwa die Einrichtung von ambulanten Versorgungsstrukturen oder Koordinierungs- und Beratungszentren. Ein Widerspruch im Gesetzestext ist daher nicht erkennbar.

Zu Nummer 14 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Gemäß § 8a Absatz 1 Satz 1 des BSI-Gesetzes sind allein die Betreiber Kritischer Infrastrukturen verpflichtet, angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit der von ihnen betriebenen Kritischen Infrastrukturen maßgeblich sind. Aufgrund der begrenzten Mittel des Krankenhausstrukturfonds sollen daher in die Strukturfondsförderung nur solche Krankenhäuser einbezogen werden, die aufgrund der rechtlichen Verpflichtung nach § 8a Absatz 1 des BSI-Gesetzes in besonderem Maße von dem Erfordernis funktionierender IT-Sicherheitsstrukturen betroffen sind. Im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung ausreichender Investitionsfördermittel obliegt es den Ländern, Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit auch in den übrigen Krankenhäusern zu fördern.

Zu Nummer 15 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 4 KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Entgegen dem Vorschlag des Bundesrats kommt eine Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheitsstruktur nur für Betreiber Kritischer Infrastrukturen in Betracht. Da sich die Förderung somit auf vergleichsweise wenige Krankenhäuser beschränkt, ist ein unzumutbarer Verwaltungsaufwand im Rahmen der Einzelbewilligung nicht erkennbar. Schließlich ist eine Vorabprüfung der Förderfähigkeit und der Höhe der im Einzelfall förderungsfähigen Kosten im Rahmen des Einzelbewilligungsverfahrens durch das Bundesversicherungsamt erforderlich, um eine zweckgerechte Mittelverwendung von vornherein zu gewährleisten und Rückforderungen aufgrund zweckwidriger Mittelverwendung möglichst weitgehend zu vermeiden. Bei Umsetzung des Vorschlags zur Ausreichung von Förderpauschalen mit lediglich nachgelagerter Verwendungsnachweisprüfung würde dieses Ziel nicht erreicht.

Zu Nummer 16 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
An der sicheren Anbindung der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur ist unverändert festzuhalten.

Zu Nummer 17 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds sind Kosten, die auf andere als die in § 9 KHG genannten Fördertatbestände entfallen, nicht förderungsfähig (§ 12 Absatz 1 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 2 Absatz 1 KHSFV). Da nach § 9 KHG nur Investitionskosten von Krankenhäusern gefördert werden, können auch im Zusammenhang mit der Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen nur Investitionskosten von Krankenhäusern aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden.

Zu Nummer 18 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 6 KHFSV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Ziel des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist es, eine spürbare Entlastung im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege herbeizuführen. Entsprechend ist die Förderung von Ausbildungsstätten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auf die in der Krankenpflege Tätigen beschränkt. Dagegen hat der Gesetzentwurf nicht eine umfassende Verbesserung der Personalsituation auch in anderen Gesundheitsberufen zum Ziel.

Zu Nummer 19 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die Bundesregierung wird prüfen, ob die Pauschalbeträge, mit denen der Abbau von Krankenhausbetten gefördert werden kann, erhöht werden können. Im Übrigen lehnt sie den Antrag ab. Mit der Schließung eines nicht mehr bedarfsgerechten Krankenhauses oder eines nicht mehr bedarfsgerechten Krankenhausstandorts kann ein weiterreichender Beitrag zur Strukturverbesserung geleistet werden als mit einer Stilllegung nur einzelner Krankenhausbetten. Sowohl nach Auffassung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, S. 219, Rn. 319) als auch des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (01/2018), Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, S. 20 f.) besteht in Deutschland ein Überversorgung mit kleinen und mittleren Krankenhäusern. Daher solle eine Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte vorangetrieben werden. Dem tragen die Regelungen des Gesetzentwurfs Rechnung.

Zu Nummer 20 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHFSV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds sollen nur wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben gefördert werden. Eine Strukturverbesserung kann nur erreicht werden, wenn die geförderten Vorhaben dauerhaft Bestand haben. Könnte ein gefördertes Vorhaben aufgrund einer Wettbewerbsklage nicht umgesetzt werden, wären die Fördermittel verloren. Auf die Prüfung der wettbewerbsrechtlichen Zulässigkeit eines Vorhabens kann daher nicht verzichtet werden.

Zu Nummer 21 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe b, c und d KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Die Regelung ist erforderlich, damit beim Bundesversicherungsamt bei der Bewilligung von Fördermitteln für länderübergreifende Vorhaben Klarheit darüber besteht, gegenüber welchen der beteiligten Länder in welchem Umfang Rückforderungsansprüche geltend zu machen sind, wenn ein zur Rückzahlung von Fördermitteln verpflichtender Tatbestand eingetreten ist. Die Frage, in welchem Verhältnis sich die beteiligten Länder an der Rückzahlung beteiligen, kann ohne weiteres schon bei der Antragstellung vereinbart werden.

Zu Nummer 22 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 17 Absatz 1 Nummer 3, 4 und 5 KHSFV)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:
Zur Evaluierung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds gehört auch, ob der mit der Durchführung des Fonds verbundene Erfüllungsaufwand für die Länder und die Krankenhausträger in einem angemessenen Verhältnis zu der angestrebten Strukturverbesserung führt. Belastbare Aussagen sind hierzu nur auf der Grundlage aussagekräftiger Unterlagen möglich.

Zu Nummer 23 Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 24 Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a0 – neu – und a01 – neu – (§ 36 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 3 – neu – IfSG)
Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 25 Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe b bis e (§ 36 Absätze 6 bis 9 IfSG), **Nummer 3** (§ 69 Absatz 1 Nummer 11 IfSG) **und Nummer 4** (§ 73 Absatz 1a Nummer 19 IfSG)
Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Bundesrates nicht, eine zusätzliche Ermächtigung für die Länder zum Erlass einer Rechtsverordnung für die Vorlage von Gesundheitszeugnissen und bei Nichtvorlage für die Verpflichtung zur Duldung von ärztlichen Untersuchungen von einreisenden Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, sei nicht erforderlich. Eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage des geltenden § 36 Absatz 6 IfSG bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Da sich die Länder bislang jedoch nicht darauf verständigen konnten, welche Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation zur Vorlage eines Zeugnisses und bei Nichtvorlage zur Duldung einer Gesundheitsuntersuchung verpflichtet werden sollen, erscheint es sinnvoll, ergänzende Regelungen durch die für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen Länder zuzulassen. Dies entspricht einem durchgängigen Grundprinzip des Infektionsschutzgesetzes. Zum Beispiel findet sich

auch in § 15 Absatz 3 IfSG die Ermächtigung an die Länder, besondere Meldepflichten für ihr Gebiet festzulegen oder in § 20 Absatz 7 IfSG die Ermächtigung an die Länder, Impfpflichten für ihr Gebiet einzuführen.

Zu Nummer 26 **Zu Artikel 7 Nummer 4a – neu –** (§ 23 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 1a – neu – und Absatz 5 Satz 1a – neu – bis 1e – neu – SGB V) **und Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa** (§ 40 Absatz 3 Satz 1a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Eine Änderung des § 23 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechend der Änderung des § 40 Absatz 2 SGB V, nach der der Vorrang ambulanter Leistungen am Wohnort vor der Inanspruchnahme wohnortferner stationärer Rehabilitationsleistungen aufgehoben wird, ist nicht erforderlich. Auch die ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V werden bereits wohnortfern erbracht, so dass die der Änderung des § 40 SGB V zugrunde liegenden Erwägungen einer erleichterten Inanspruchnahme stationärer Leistungen als wohnortferner Leistung keine Rolle spielen.

Zu Nummer 27 **Zu Artikel 7 Nummer 10** (§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V) **und Artikel 11 Nummer 17** (§ 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI)

Der Vorschlag wird geprüft. Bereits jetzt ist es möglich, entsprechende Pauschalen zu vereinbaren, die besondere Gegebenheiten abbilden. Ziel des Gesetzentwurfs ist es zunächst, die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum zu stärken und den dortigen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Ob eine Ausweitung auf andere Bereiche sachgerecht ist, wird geprüft.

Zu Nummer 28 **Zu Artikel 7 Nummer 12** (§ 137j SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Die Benennung einer zweiten Untergrenze beim sogenannten Ganzhausansatz, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 KHG anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung gefordert wird, zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sicherzustellen, ist nicht sachgerecht. Es existiert keine geeignete Grundlage, auf der eine solche zweite Untergrenze zur Sicherstellung einer durchschnittlichen pflegerischen Versorgung festgelegt werden könnte, denn es ist nicht ersichtlich, in welcher Höhe ein Grenzwert festzulegen wäre, der eine durchschnittliche pflegerische Versorgung abbildet. Die vorgesehene Einführung einer Untergrenze auf Ganzhausebene stellt vielmehr einen Einstieg in die vergleichende Betrachtung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser dar und ist insofern eine Ergänzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Vor diesem Hintergrund wären eine zweite Untergrenze zur Festlegung durchschnittlicher Pflege und damit eine weitere Begrifflichkeit verbunden mit weiteren gestuften Sanktionen bei Nichteinhaltung unnötig bürokratisch und aufwendig hinsichtlich der Umsetzung in den Krankenhäusern.

Zu Buchstabe b

Es ist zutreffend, dass der nach § 137j SGB V zu ermittelnden Pflegequotient das Verhältnis zwischen Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses bezogen auf die in diesem Haus anfallende Pflegelast („Pflegeaufwand“) den Dienst am Krankenbett abbilden soll. Die Bundesregierung prüft, inwieweit eine Spezifizierung des Pflegedienstes erforderlich ist, um eine zielgerichtete Bestimmung des Pflegepersonalquotienten zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Die Bundesregierung lehnt den Antrag in diesem Punkt als nicht sachgerecht ab. Die Beschränkung auf examinierte Pflegekräfte bei der Anwendung der Untergrenze auf der Ganzhausebene wäre nicht kompatibel mit dem Verständnis der „Pflege am Bett“, die beim Pflegebudget und bei den Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen verwendet wird. Zudem entspricht die Beschränkung auf examinierte Pflegekräfte nicht der Realität in den Krankenhäusern.

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung wird prüfen, wie ein Sanktionssystem, das auch die Möglichkeit der Vereinbarung von Leistungseinschränkungen vorsieht, im Einzelnen ausgestaltet werden kann. Dabei geht sie davon aus, dass die Vertragspartner bei der Vereinbarung von Leistungseinschränkungen sicherstellen, dass keine für die Versorgung unverzichtbaren Kapazitäten betroffen sind. Die Regelung eines Vetorechts des für die Krankenhausplanung zuständigen Landes ist daher nicht erforderlich.

Zu Nummer 29 **Zu Artikel 8 Nummer 1** (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, neben der Einführung des Pflegebudgets auf den gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags zu verzichten.

Zu Nummer 30 **Zu Artikel 9 Nummer 4** (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, auch die Fortsetzung von bereits ergriffenen pflegeentlastenden Maßnahmen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets zu berücksichtigen.

Zu Nummer 31 **Zu Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa** (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine gesetzliche Differenzierung der Höhe der Abschläge im gestuften System der Notfallversorgung, dessen Vorgaben im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 definiert sind, nicht erforderlich ist. Der Beschluss, der auf eine sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und eine zielgenaue Finanzierung abzielt, sieht klare Vorgaben für die Differenzierung der Höhe der Zuschläge, nicht jedoch für die Höhe der Abschläge vor. Unabhängig davon haben die Bundesländer in eng begrenzten Ausnahmefällen – beispielsweise bei regionalen Besonderheiten – die

Möglichkeit, Krankenhäuser als Spezialversorger auszuweisen (vgl. § 26 Absatz 2 Nummer 3 des G-BA-Beschlusses). Diese gelten dann als besondere Einrichtungen und nehmen budgetneutral an der Notfallversorgung teil.

Zu Nummer 32 Zu Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Ziel des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist es, eine spürbare Verbesserung der Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege herbeizuführen. Entsprechend sollen Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der Krankenpflege voll refinanziert werden. Dagegen zielt der Gesetzentwurf nicht auf eine umfassende Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen des Krankenhauses ab.

Zu Nummer 33 Zu Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a0 – neu – (Inhaltsübersicht) **und Nummer 3a – neu –** (§ 18d – neu – SGB XI)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Im Zuge der Umsetzung des Koalitionsvertrages prüft die Bundesregierung auch aktuelle Vorschläge zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dies geschieht im Rahmen der jeweils aktuellen Gesetzgebungsvorhaben und auch darüber hinaus. Dabei werden auch Fragen des Verhältnisses der Sektoren ambulant und stationär sowie die Ausgestaltung von Schnittstellen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund hält die Bundesregierung es nicht für notwendig, hierzu einen förmlichen Gesetzesauftrag im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu verankern.

Zu Nummer 34 Zu Artikel 11 Nummer 3
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Die Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf dienen dazu, die Zahl der Beschäftigten in der Pflege zu erhöhen und bei Teilzeitbeschäftigten eine Erhöhung der Arbeitszeit zu erleichtern. Vor dem Hintergrund der aktuellen und künftig drohenden Engpässe bei Pflegefachkräften stehen diese Maßnahmen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Deshalb ist eine Finanzierung aus Beitragsmitteln gerechtfertigt.

Zu Nummer 35 Zu Artikel 11 Nummer 7a – neu – (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Die Bundesregierung lehnt die Forderung des Bundesrates, den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von 40 auf 45 Euro zu erhöhen, ab: Wie die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes wurde auch dieser Leistungsbetrag bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2015 von 31 Euro deutlich überproportional erhöht (von vorher 31 auf nun 40 Euro, also um 29 Prozent). Darüber hinaus wurde der Kreis der Personen, die einen Anspruch auf diese Leistung haben, mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz deutlich erweitert.
Eine Erhöhung außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Überprüfung und Dynamisierung der Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung nach § 30 SGB XI ist nicht erforderlich und im Hinblick auf die zuletzt vorgenommenen Ausweitungen dieses Leistungsanspruchs auch nicht angemessen.

Zu Nummer 36 Zu Artikel 11 Nummer 17 Buchstabe a – neu – und Buchstabe b (§ 89 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 SGB XI)
Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht: Seit dem Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetz 2017 wird in der ambulanten Pflege bei den Vergütungen nach § 89 SGB XI durchaus von vereinbarten Erhöhungen aus den Ländern berichtet. Nach der gesetzlichen Regelung in § 89 SGB XI ist bei Abschluss der Vergütungsvereinbarung die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als elementarer Bestandteil der Aufwendungen der Pflegedienste zu berücksichtigen. Zudem ist das Thema der „Entlohnungsbedingungen in der Pflege/flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen“ Gegenstand der Gespräche der Arbeitsgruppe 5 in der Konzertierten Aktion Pflege.

Zu Nummer 37 Zum Gesetzentwurf allgemein [Erweiterung des Gesetzesvorhabens um die Hebammenstellen und Hebammenpersonalkosten]
Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenbetreuung bei Geburten im Krankenhaus gefördert werden können.

Zu Nummer 38 Berücksichtigung der Rehabilitationseinrichtungen
Die Bundesregierung prüft, ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

Zu Nummer 39 Prüfung der Übertragbarkeit der Regelungen des PpSG zur Finanzierung des Pflegepersonals, zur Förderung der IT-Modernisierung, zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Beteiligung an der Ausbildung der Pflegekräfte auf Rehabilitationskliniken
Die Bundesregierung prüft, ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

Zu Nummer 40 Zur Sicherstellung einer weiterhin flächendeckenden qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung der Patientinnen und Patienten
Die Bundesregierung stellt zum Beschluss des Bundesrates fest: Die bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls maßgebliche Transportzeit wird im Operationen- und Prozedurenschlüssel für das Jahr 2019 dahingehend präzisiert, dass es auf die Zeit ankommt, die der Patient oder die Patientin im Transportmittel verbringt. Abweichende Auslegungen, die auf den Zeitraum ab der Feststellung einer Verlegungsnotwendigkeit bis zu einem möglichen Behandlungsbeginn abzielen und die nach der Einschätzung des Bundesrates zu einer Gefährdung der flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung führen können, haben damit im Wortlaut des einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels keine Grundlage mehr. Darüber hinaus wird geprüft, ob und inwieweit ergänzende gesetzliche Regelungen erforderlich sind.

e) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 7. November 2018 (Drucksache 19/5593)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4453, 19/4729, 19/4944 Nr. 6 –
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/4537 –
Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege
c) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/4523 –
Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern
d) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/4524 –
Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden in der Alten- und Krankenpflege angestiegen sei –, der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Die Personalunterdeckung habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge, woraus ein höherer Krankenstand bei den Pflegekräften und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf resultierten.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass auf Grund unterschiedlicher Regelungen Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen für die gleichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den gesetzlichen Krankenkassen keinen Leistungsersatz erhielten, wie es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf weder die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert noch würden die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller monieren, dass die Bundesregierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nicht nachhaltig auf die grundlegenden Probleme in der Altenpflege reagiere, sondern einseitig die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich verbessere. Dadurch drohe eine einseitige Verlagerung des Pflegenotstands auf den Altenpflegebereich. Zudem fehle eine zukunftssicher Finanzierung, was weitere Kostenbelastungen für die Familien mit Pflegebedarf nach sich zieht.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen Sofortmaßnahmen für eine spürbare Entlastung der Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ergriffen werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen im Infektionsschutzgesetz der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch die GKV durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4537 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, dass auch weitere Berufe, wie Hebammen, Heilmittelberufe und Reinigungspersonal im Krankenhaus aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem solle statt des Pflegepersonalquotienten ein pflegewissenschaftlich ermitteltes, valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs entwickelt werden und eine Kofinanzierung zusätzlicher Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre durch den Bund festgeschrieben werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4523 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d
Aus Sicht der Antragsteller fehlt ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich, das u. a. sowohl eine verbindliche Personalbemessung als auch die komplette Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege beinhaltet sowie die tarifliche Bezahlung auch in der häuslichen Krankenpflege festschreibt.
Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4524 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.
C. Alternativen
Zu Buchstabe a
Ablehnung des Gesetzentwurfs.
Zu den Buchstaben b bis d
Annahme der Anträge.
D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand
E. Erfüllungsaufwand
F. Weitere Kosten
Anmerkung: nicht wiedergegeben (siehe Begründungen zum Gesetzentwurf).

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,
a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen; (Anmerkung: im SGB V-Handbuch eingearbeitet)
b) den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen;
c) den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen;
d) den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Bericht der Abgeordneten Dr. Roy Kühne, Dr. Edgar Franke, Dr. Axel Gehrke, Nicole Westig, Harald Weinberg und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung
Zu den Buchstaben a bis d
Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/4453, 19/4729** sowie die Anträge auf den **Drucksachen 19/4537, 19/4523** und **19/4524** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.
Den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/4453, 19/4729** hat er zudem zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Ferner wurde der Haushaltsausschuss nach § 96 der Geschäftsordnung beteiligt.
Der Antrag auf **Drucksache 19/4537** wurde zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
Die Anträge auf den **Drucksachen 19/4523** und **19/4524** wurden zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen
Zu Buchstabe a
Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden im Pflegebereich angestiegen sei –, der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Diese Personalunterdeckung, die sich ohne geeignete Maßnahmen noch verstärken werde, habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge. Daraus resultierten ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf.
Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen die Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen spürbar entlastet werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert. Verbessert werden soll auch die Möglichkeit, dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten, um die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden. Zudem enthält der Gesetzentwurf die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Aus dessen Mitteln sollen künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal gefördert werden. Dadurch werde nach Auffassung der Bundesregierung auch die pflegerische Versorgung verbessert.
Die Pflege im Krankenhaus soll verbessert werden, indem jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird und auch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden. Ferner sollen die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden.
Außerdem sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet

gefördert und die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können und der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.
Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden. Pflegeheime und Pflegedienste sollen künftig Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten. Maßnahmen und Angebote von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen zudem dann unterstützt werden, wenn diese auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen.
Das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt soll vereinfacht und die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht werden. Zudem sollen Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben und der Anwendungsbereich der Nutzung von Video-Sprechstunden als telemedizinische Leistung erweitert werden.
Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht und der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.
Ferner soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.
Der **Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand und die weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt habe. Deshalb erhebt der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem Regelungsentwurf.
Der **Bundesrat** hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen. Insgesamt hat der Bundesrat 40 Vorschläge und Empfehlungen für Änderungen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung abgegeben. Die Einzelheiten der Stellungnahme des Bundesrates ergeben sich aus der Bundesratsdrucksache 376/18 (Beschluss).
Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus der Drucksache 19/4729.
In ihrer Gegenäußerung stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag Nummer 23 zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG) zu. Die gewünschte Regelung, die für eine klare rechtliche Grundlage für die Prüfung des Impfschutzes von Beschäftigten in bestimmten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sorgt, wird dementsprechend systematisch an anderer Stelle eingefügt.
Eine Prüfung mit der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt:

- Der Bundesrat hat gefordert, den geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen. Diesem Anliegen wird dadurch Rechnung getragen, dass aus den Mitteln des Pflegezuschlags rd. 200 Mio. Euro in den Landesbasisfallwert 2020 überführt werden und rd. 50 Mio. Euro jährlich bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in ländlichen Gebieten zur Verfügung gestellt werden.
- Die vom Bundesrat geforderte Ausweitung der finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden, wird umgesetzt.
- Der Forderung, die Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten nicht auf unterversorgte ländliche Gebiete zu beschränken, wurde entsprochen.
- Die Spezifizierung des Begriffs des Pflegedienstes zur zielgerichteten Bestimmung des Pflegepersonalquotienten wurde vorgenommen.
- Die vom Bundesrat geforderte Regelung, wonach die Rückforderung der von den Ländern vormals gewährten Investitionsfördermitteln nicht zum Ausschluss der Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds, sondern lediglich zu einer Reduzierung der insoweit förderfähigen Kosten führt, wird umgesetzt.
- Zudem wird die vom Bundesrat geforderte Regelung vorgesehen, nach der das Bundesversicherungsamt im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens die Frist von 15 Monaten für die Vorlage der Verwendungsnachweise durch die Länder in begründeten Ausnahmefällen verlängern kann.

Zu Buchstabe b
Die Antragsteller stellen fest, dass stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund unterschiedlicher Regelungen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen von den Pflegekassen deutlich weniger Vergütung erhielten als es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts. Nach § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI übernehme für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die Pflegeversicherung die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu gesetzlich festgelegten Pauschalbeträgen in Abhängigkeit vom Pflegegrad. Deshalb müsse der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten behandlungspflegerischen Leistungen selbst finanzieren. Dies gelte auch für privatversicherte Heimbewohner. Demgegenüber übernehme im Bereich der häuslichen Pflege die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen des § 37 SGB V. Gleichzeitig müssten die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen die fehlende Refinanzierung durch hohe Eigenanteile an den Heimkosten ausgleichen, obwohl auch sie

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlten. An dieser ungerechten Finanzierungsgrundlage ändere auch der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals nichts.
Die Antragsteller fordern deshalb, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden. § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V [solle] daher gestrichen werden. § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI solle so geändert werden, dass künftig die Krankenkassen die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen. § 84 Absatz 1 SGB XI müsse ebenfalls geändert werden, so dass die medizinische Behandlungspflege künftig von der GKV finanziert werde. Dadurch würden gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der ambulanten, häuslichen und vollstationären Pflege geschaffen.
Zu Buchstabe c
Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert. Das Problem, dass die Krankenhäuser über Personaleinsparungen Investitionen finanzierten, werde durch die Herausnahme der Personalkosten aus den Fallpauschalen eingedämmt, dadurch werde aber das Problem des Investitionsstaus umso dringlicher. Darüber hinaus müssten die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen werden.
Aus Sicht der Antragsteller sollten neben den Pflegekräften weitere Berufe im Krankenhaus aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem sei es besser, ein pflegewissenschaftlich ermitteltes und valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs zu entwickeln, statt einen Pflegepersonalquotienten einzuführen, der lediglich einen Ist-Zustand abbilden, aber nicht den Bedarf ermitteln könne. Damit die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, solle für jeden zusätzlich in Krankenhäuser investierten Euro aus Bundesmitteln ein weiterer Euro für Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre gezahlt werden.
Zu Buchstabe d
Die Antragsteller monieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im ambulanten Bereich der Alten- und Krankenpflege lediglich eine bessere Vergütung der Wegezeiten vorsehe, wodurch keine neuen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege gewonnen würden. Auch würden die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen nicht vollständig durch die GKV refinanziert. Die vorgesehenen zusätzlichen 13 000 Fachkräfte würden kaum den Bedarf decken. Außerdem seien weder die tarifliche Bezahlung in der häuslichen Krankenpflege noch die Anhebung der Vergütung ambulanter Pflegekräfte auf das Niveau im Krankenhaus klar geregelt. Dadurch werde die Altenpflege entwertet, wodurch eine Abwanderung der Pflegekräfte in den Krankenhausbereich drohe.
Aus Sicht der Antragsteller sei ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich erforderlich, das u. a. sowohl die komplette Refinanzierung aller nach Tarif bezahlten Pflegestellen als auch der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege festschreibe. Als Sofortmaßnahme wäre zur Finanzierung der Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwandeln. Zudem sei auch für die stationäre Altenpflege sofort eine verbindliche Personalbemessung erforderlich. Die Antragsteller forderten zudem eine Investitionsoffensive für die Altenpflege, um die Investitionskosten für Menschen mit Pflegebedarf bundeseinheitlich zu begrenzen sowie eine sofortige Deckelung der Eigenanteile für die Menschen mit Pflegebedarf in den Pflegeheimen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltausschuss auf Grund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung einen eigenen Bericht vorgelegt.
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.
Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß des Einsetzungsantrags (Drucksache 19/1837) im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4453 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich ist, da die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel ist (Ausschussdrucksache 19(26)4-2).
Zu Buchstabe b
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 26. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den

Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.
Zu Buchstabe c
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.
Zu Buchstabe d
Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.
Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 19. Sitzung am 26. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.
In seiner 22. Sitzung am 10. Oktober 2018 hat der Ausschuss die Beratungen zu den vier Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.
Die öffentliche Anhörung fand in der 23. Sitzung am 10. Oktober 2018 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V., Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. (DHPV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städtetag, Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Pflege in Bewegung e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD) und Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Isabell Halletz (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)), Dr. Susanna Kochskämper (Institut der deutschen Wirtschaft Köln), Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen), Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg), Prof. Dr. Michael Simon (Hochschule Hannover), Prof. Dr. Gregor Thüsing (Universität Bonn) und Helmut Wallrafen (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.
In der 25. Sitzung am 7. November 2018 hat der Ausschuss seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.
Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.
Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.
Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.
Änderungsanträge zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729
Der Ausschuss hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese betrafen insbesondere:
– Aus dem Pflegezuschlag werden rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte 2020 überführt. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag in nicht zu vernachlässigendem Umfang nicht

zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt haben und diese Mittel nicht in das Pflegebudget übergehen.
- Zusätzlich erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags zudem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten ab dem Jahr 2020 jährlich insgesamt rd. 50 Mio. Euro, um damit eine bessere Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen. Je Krankenhaus wird ein Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr gezahlt.
- Die aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden präzisiert als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Pflege am Bett) entstehen. Damit wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche durch eine dynamischere Leistungsentwicklung ansonsten eintreten könnten.
- Die Möglichkeit zur finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets wird erweitert auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden. Zugleich können die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu 3 Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Mögliche Budgetminderungen für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung des Pflegebudgets werden deshalb in den ersten beiden Jahren begrenzt und zwar im Jahr 2020 auf 2 Prozent und im Jahr 2021 auf 4 Prozent.
- Die Selbstverwaltungspartner werden mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragt, für die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Datenkonzept zur Übermittlung der erforderlichen Daten entwickelt. Zudem werden Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten festgelegt und die Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen näher bestimmt. Für den Pflegepersonalquotienten wird die Bezeichnung Pflegedienst dahingehend präzisiert, dass nur der Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erfasst wird. Außerdem wird die Sanktionierung für den Fall des Unterschreitens der festgelegten Untergrenze geregelt.
- Die Anreize für die Krankenhausträger und die Länder, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, werden durch Anhebung der Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden kann, deutlich erhöht.
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen werden auch insoweit gefördert, als Hochschulkliniken daran beteiligt sind.
- Vorhaben zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe, schwerwiegende Erkrankungen werden aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur gefördert, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Kliniken an einer Hochschulklinik konzentriert werden.
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erhält die gesetzliche Grundlage für Klarstellungen und Änderungen zu den medizinischen Klassifikationen (OPS und ICD). Damit wird vermieden, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten, die z. B. durch BSG-Urteile entstehen (zur Schlaganfallversorgung), eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen wird.
- Die vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen wird auf zwei Jahre verkürzt, um die durch Rückforderungsbegehren der Krankenkassen hervorgerufene Rechtsunsicherheit abzumildern. Für die Ansprüche der Krankenkassen auf Rückforderung von gezahlten Vergütungen gilt dies rückwirkend.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren. Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden und Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragene Datenstelle mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben des Datensatzes nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes beauftragt.
- Die Regelung zur Betreuung Pflegebedürftiger während einer stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen wird praktikabler gefasst, indem die Verantwortungsbereiche von Kranken- und Pflegekasse neu abgegrenzt werden.
- In der Regelung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird klargestellt, dass aufwändigere Wegezeiten stets mit einem angemessenen Zuschlag zu vergüten sind. Diese Regelung wird entsprechend in der Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Zum anderen wird geregelt, dass die Zahlung tariflicher Arbeitsentgelte in der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich zurückgewiesen werden kann. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll insofern keine Anwendung mehr finden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigungsfiktion für Fahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in die Praxis des Facharztes oder Zahnarztes wird auf alle Fahrten zur ambulanten Behandlung ausgeweitet. Damit sind auch Fahrten zu Hausärzten und Heilmittelerbringern einbezogen. So werden u.a. Abgrenzungsprobleme vermieden, da Hausärzte auch fachärztliche Leistungen erbringen.
- Auf die im Gesetzesentwurf vorgesehene Anwendung der Genehmigungsfiktion auch bei den Versicherten, deren Beeinträchtigung mit derjenigen der Versicherten vergleichbar ist, die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind oder einen Schwerbehindertenausweis vorlegen können, wird verzichtet. Der Begriff der Vergleichbarkeit ist für den verordnenden Arzt zu unbestimmt. Bei diesen Versicherten sollen die Kassen auch weiterhin

eine Einzelfallprüfung vornehmen können, ob der Anspruch auf Kostenübernahme besteht.
- Ist bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen eine Begleitung des Patienten erforderlich, kann diese Begleitperson künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden, wenn eine Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist.
- Die Sanktionsregelung zum Versichertenstammdatendienst in der vertragsärztlichen Versorgung in § 291 SGB V wird dahingehend angepasst, dass von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 1. Juli 2019 abgesehen wird, sofern die Anschaffung der erforderlichen Ausstattung vor dem 1. April 2019 vertraglich vereinbart wird.
- Im Bereich der Pflegeversicherung werden bei den zusätzlichen GKV-finanzierten Stellen in der vollstationären Pflege verschiedene Klarstellungen ergänzend aufgenommen: Möglichkeit der Aufstockung von Teilzeitstellen neben Neueinstellungen, Präzisierungen zum Verfahren bis zum Vorliegen der näheren Bestimmungen durch den GKV-Spitzenverband sowie Aufnahme der zwingenden Voraussetzung bei der ausnahmsweise jetzt nach vier Monaten möglichen Finanzierung von Pflegehelfern, dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Damit wird das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen, weiter unterstützt.
- Um die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu erhöhen, werden verschiedene Maßnahmen zur Vereinfachung der Förderung und Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege eingeführt.
- Das gemäß zweitem Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich entwickelte neue stationäre Qualitätssystem wird verbindlich eingeführt: ab dem 1. Oktober 2019 beginnen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Erhebung und Übermittlung von Versorgungsdaten, ab dem 1. November 2019 werden die Qualitätsprüfungen nach dem neuen System durchgeführt. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, den Prüfrhythmus bei guter Ergebnisqualität zu verlängern. Um einen besseren Ablauf der Qualitätsprüfungen zu ermöglichen, werden diese zukünftig auch im stationären Bereich angekündigt. Voraussetzung ist die ordnungsgemäße Teilnahme an der Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die Einrichtung. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten zur Unterstützung der Umstellung im Jahr 2019 eine finanzielle Förderung.
- Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auf ein Zulassungsmodell mit einheitlichen Rahmenverträgen auf Bundesebene umgestellt. SAPV-Teams, die die Leistungsvoraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen.
- Mit den in Artikel 7 Nummern 18 und 19 und Artikel 13a vorgesehenen Änderungen sowie den diesbezüglichen Regelungen zum Inkrafttreten in Artikel 14 wird die Übergangsregelung des § 324 SGB V, die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, um ein Jahr verlängert. Damit wird ausgeschlossen, dass es aufgrund der Kündigungsfristen in einer privaten Krankenversicherung zu einer Doppelbelastung der Betroffenen mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt.
- Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden Daten über einreisende Personen erheben und an die Gesundheitsbehörden übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben, weil diese wegen ihrer Herkunft oder Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegende Änderungsantrag Nummer 6 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.
Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 5 sowie Nummer 7 bis 19 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegende Änderungsantrag Nummer 10 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.
Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 9 sowie Nummer 11 bis 23 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.
Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.4 vorliegende Änderungsantrag Nummer 12a wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.
Zudem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.5 ein Änderungsantrag der Fraktion der FDP vorgelegen, der mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurde. Dieser hatte folgenden Inhalt: Anmerkung: Änderungsanträge 19(14)38.5, 19(14)38.3 und 19(14)38.6 nicht wiedergegeben.

Petitionen
Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung angefordert hatte. Die Petition wurde in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, mit diesem Gesetz werde die Pflege nachhaltig und umfassend gestärkt, so dass von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden könne. Es würden sehr maßgebliche und weitreichende Verbesserungen auf den Weg gebracht, so zum Beispiel die Herausnahme der Pflege aus den Diagnosis Related Groups (DRG). Damit werde den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, ohne finanzielle Deckelung so viel Pflegepersonal wie nötig zu rekrutieren. Das Argument, es fehle das Geld, könne nicht mehr geltend gemacht werden, da die Finanzierung durch die Pflegebudgets sichergestellt werde. Auch in der Altenpflege komme es unter anderem mit der Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen zu zahlreichen Verbesserungen. Zum Antrag der AfD hieß es, die geforderte Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege würde in der Tat dazu führen, dass die Eigenanteile gesenkt werden könnten. Allerdings würden dadurch zwischen der Behandlungspflege und der „normalen“ Pflege neue Schnittstellen innerhalb der Einrichtungen geschaffen werden, so, die neue Probleme aufwerfen würden. Den von den Antragstellern angesprochenen Problemen würden durch die Maßnahmen des PpSG, so z.B. mit der Schaffung der 13 000 zusätzlichen Stellen für die medizinische Behandlungspflege in Altenheimen zielführend begegnet. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. zur Pflege im Krankenhaus fordere u.a. weitere Berufe aus den DRGs herauszunehmen (z.B. Hebammen, Heilmittelberufe, Ärzte, Reinigungskräfte). Dies lehne die Unionsfraktion ab, da dadurch das DRG-System nahezu ausgehöhlt werde. Die Beschränkung auf das Pflegepersonal sei zudem wegen des akuten Fachkräftemangels in diesem Bereich sachlich gerechtfertigt. Die Fraktion DIE LINKE. fordere in einem weiteren Antrag zurecht eine tarifliche Bezahlung in der ambulanten Behandlungspflege. Dem trage man mit einem entsprechenden Änderungsantrag Rechnung, wonach die Kassen künftig bei tariflicher Bezahlung in der Behandlungspflege im SGB XI keine Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten können. Bei der Vorgabe von Bemessungszahlen in der Altenpflege hätten die Länder bereits entsprechende Vorgaben gemacht. Was den Pflegevorsorgefonds anbelange, so wolle man mit diesem sicherstellen, dass es nicht aufgrund der demografischen Entwicklung ab dem Jahr 2035 eine deutliche Erhöhung der Beiträge geben müsse. Die Anträge der Oppositionsfraktionen lehne die Unionsfraktion daher ab.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz setze die Koalition das im Koalitionsvertrag vereinbarte Sofortprogramm Pflege zeitnah und umfassend um. Es würden die Maßnahmen ergriffen, durch die die Arbeitsbedingungen sowohl im Krankenhaus und im Pflegeheim als auch in der ambulanten Pflege verbessert würden. Die Oppositionsfraktionen müssten anerkennen, dass im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens der Regierungsentwurf verbessert und dass auch einige Vorschläge der Opposition aufgegriffen worden seien. Für den Pflegebereich im Krankenhaus werde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, weil die Pflegekosten aus dem DRG-System gelöst würden und die Krankenhäuser künftig die tarifbedingen Pflegepersonalkosten in vollem Umfang refinanziert erhielten. Zudem würden zusätzliche Pflegekräfte extra finanziert. Damit werde die Pflege am Bett aus dem Krankenhauswettbewerb herausgenommen und die Grundlage für mehr Pflegepersonalstellen und eine damit verbunden bessere Arbeitsbedingungen sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen geschaffen. Durch den neuen Pflegequotienten werde Transparenz in der pflegerischen Versorgung gesteigert und die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gewährleiste mehr Patientensicherheit. Wie diese Maßnahmen wirkten, werde die SPD-Fraktion sorgfältig beobachten. In den Verhandlungen mit dem Koalitionspartner sei es aber nicht gelungen, die Definition eines Personalstandards für eine qualitativ hochwertige Pflege in den einzelnen Krankenhausbereichen vorzubereiten. Langfristig werde man beobachten müssen, wie sich die Umgestaltung der Finanzierung der Krankenhauspflege auswirke. Es sei aber gelungen, ein Teil der Mittel des Pflegezuschlags zu erhalten. 200 Millionen Euro könnten für die Erhöhung der Landesbasisfallwerte verwendet und mit 50 Millionen Euro bestandsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Regionen unterstützen werden. Grundsätzlich habe man gerade in der stationären Pflege mehr als geplant erreicht. So wolle man statt 8 000 nun 13 000 zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte schaffen, die im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert würden. Wie sich diese Regelung auf die Rehabilitationseinrichtungen auswirke, werde man beobachten müssen. Hervorzuheben sei, dass in der häuslichen Krankenpflege die Tarifanerkennung verankert werde und dass die Wegezeiten für die ambulanten Dienste aufwandsgerecht vergütet würden. Zudem würden künftig bei Bedarf die Fahrtkosten zum Arzt oder Heilmittelerbringer in einem einfachen Verfahren übernommen. Insgesamt sei das Gesetz ein starkes Signal der politischen Handlungsfähigkeit. Die Anträge der Opposition werde man ablehnen.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte, durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz werde eine Verbesserung der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus finanzieller Sicht nicht erreicht, da die Pflegekasse mit den Pauschalleistungen nur einen Bruchteil der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege abdecke. Die Pflegebedürftigen in Heimen müssten diese Leistungen über den Eigenanteil finanzieren, obwohl sie weiterhin Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten und unabhängig davon, ob sie behandlungspflegerische Leistungen in Anspruch nähmen, während diese Leistungen in der häuslichen Pflege komplett von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden. Um diese Ungerechtigkeit zu ändern, habe man einen eigenen Antrag vorgelegt, dem man selbstverständlich zustimme. Da sich aber positive und negative Aspekte des Gesetzes die Waage hielten, werde man sich bei der Abstimmung enthalten. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. habe mit der Herauslösung anderer Gesundheitsberufe aus dem DRG den richtigen Ansatz. Die logische Konsequenz sei aber die Abschaffung der DRG, wie man es selbst fordere. Die Forderung, den Pflegevorsorgefonds zu Lasten kommender Generationen umzuwandeln und Bundesmittel zur Begrenzung des Investitionskostenanteils für Heimbewohner bereitzustellen, könne nicht unterstützt werden, aber im Hinblick auf die positive Forderung zur Entlastung der Heimbewohner werde man sich enthalten. Die in den Änderungsanträgen der Grünen-Fraktion vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen würden ebenfalls kritisch gesehen, da sie nicht zu einer nachhaltigen Sicherung und Verbesserung der pflegerischen Patientenversorgung führten und das DRG-System, das das Grundproblem darstelle, nur teilweise aufgelöst aber nicht abgeschafft werde. Daher auch

hier eine Enthaltung. Wie die FDP begrüße man eine stärkere Förderung der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen. Aber dadurch verursachte Mehrkosten zu Lasten von Beitragszahlern lehne man ab und werde sich deshalb enthalten.

Die **Fraktion der FDP** bestätigt, dass der Gesetzentwurf die richtigen Probleme benenne, aber zu kurz greife, um die Situation nachhaltig zu verbessern. Im Gegenteil: Die Planwirtschaft im Gesundheitswesen und in der Pflege werde vorangetrieben. Das Gesundheitssystem werde weiter bürokratisiert und es sei mit deutlichen Beitragssteigerungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zu rechnen. Es fehle ein umfassendes Konzept zur Gewinnung neuer Pflegekräfte, denn die Schaffung neuer Stellen sei sinnlos, wenn man sie nicht besetzen könne. Darüber hinaus müssten die Arbeitsbedingungen in der Pflege dringend verbessert werden. Dazu gehörten der Abbau von Bürokratie und eine Digitalisierungsoffensive. Im Krankenhaussektor sei eine stärkere Ambulantisierung, Zentralisierung und Spezialisierung erforderlich. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG, die auch von der Fraktion DIE LINKE. gefordert werde, und der Einführung eines Pflegebudgets stehe man kritisch gegenüber. Das DRG-System habe sich bewährt und die Ausgliederung werde das System und seine wettbewerblichen Möglichkeiten schwächen. Eine Ursache für die schwierige Situation in der Pflege sei die mangelnde Investitionsbereitschaft der Länder. Die Länder müssten ihrer Verantwortung stärker nachkommen. Dazu schlage die FDP vor, den Ländern, die ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, einen Bundeszuschuss zu gewähren. Die Anschubfinanzierung bei der Digitalisierung werde begrüßt, aber man befürchte, dass der Effekt verpuffen werde, da es an Digitalisierungsstrategien und einer gemeinsamen Lösung für die sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung fehle. Durch die Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen in der vollstationären Altenpflege werde die Ungleichheit zur medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich reduziert. Grundsätzlich sei die Forderung, die medizinische Behandlungspflege auch für stationär behandelte Pflegebedürftige aus Mitteln der GKV zu finanzieren, richtig. § 37 SGB V sehe aber eine Ausnahme für Menschen in stationären Einrichtungen, die einen besonders hohen medizinischen Aufwand haben, vor. Eine Abschaffung ohne sofortige Anschlussregelung werde die Finanzierung aus Mitteln der Krankenversicherung nicht zulassen, wenn nicht eine vollständige Refinanzierung aus SGB V gewährleitet sei. Außerdem fehle im dazu vorliegenden Antrag der AfD ein Finanzierungsmodell für die Herauslösung der medizinischen Behandlungspflege aus den stationären Einrichtungen. Deshalb lehne man den Antrag der AfD ab. Die Fraktion DIE LINKE. fordere unter anderem die Auflösung des Pflegvorsorgefonds. Dieser müsse auf jeden Fall im Sinne der Generationengerechtigkeit erhalten bleiben. Wenn er wie aktuell Negativzinsen schreibe, müsse man dringend über eine Überarbeitung der Anlagestrategien nachdenken.

Die **Fraktion DIE LINKE.** hob hervor, dass einige Maßnahmen dieses Gesetzes große Erfolge der protestierenden Krankenhausbelegschaften darstellten. Dazu gehörten die Herausnahme der Krankenhauspflege aus den DRGs und die Überführung in ein Pflegebudget. Gleiches gelte für die Refinanzierung der Tarifsteigerungen sowohl für die Krankenhauspflege als auch für die häusliche Krankenpflege. Positiv sei auch die Fortführung und Verbesserung des Pflegestellenförderprogrammes. Allerdings gingen diese Regelungen teilweise nicht weit genug oder seien handwerklich nicht korrekt, so zum Beispiel bei den Personaluntergrenzen. Gebraucht werde ein valides Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung in den Krankenhäusern. Dieses werde mit den vorliegenden Gesetzesänderungen nicht geschaffen. Außerdem fordere man, dass auch die Stärkung der anderen Beschäftigungsgruppen in den Krankenhäusern in den Fokus genommen werde. Zum Thema Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser hieß es, es gebe seit langem ein Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern. Die Fraktion schlage daher seit Jahren vor, dass der Bund Mittel bereitstelle, wenn die Länder Gelder in gleicher Höhe beisteuerten. Außerdem bemängelte die Fraktion, dass das Personalbemessungsinstrument in der Altenpflege erst im Jahr 2020 eingeführt werde solle, obwohl sofort Personalstandards gebraucht werden. Trotz richtiger Einzelschritte fehle ein Gesamtkonzept vor allem in der Altenpflege und zu Entlastung Familien mit Pflegebedarf. Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Pflegeversicherung lägen die Vorschläge der LINKE auf dem Tisch.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßte, dass die Personalprobleme in der Pflege vom Gesundheitsausschuss in den Fokus genommen würden und es nun zu einigen Verbesserungen komme. Ein schwerwiegendes Defizit sei allerdings die einseitige Konzentration auf die Krankenhauspflege. Da die verschiedenen Pflegefachberufe miteinander in Verbindung stünden sei zu befürchten, dass es zu einer Abwanderung von Pflegekräften aus der Langzeit-, Rehabilitations- und ambulanten Pflege komme. Außerdem reichten die vorgesehenen 13 000 neuen Stellen in Pflegeeinrichtungen bei weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken. Des Weiteren sei es ein Systemfehler, dass die medizinische Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege aus der Pflegeversicherung finanziert werde. Die Krankenversicherungen müssten die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, so wie es in der häuslichen Pflege üblich sei. Angesichts der steigenden finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen sei dies dringend geboten. Im Hinblick auf die Pflege im Krankenhaus sei es bedauerlich, verpasse die Koalition mit dem Gesetz die Chance die Pflege qualitativ aufzuwerten und eine bedarfsgerechte Personalbemessung einzuführen. Auch das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung im Krankenhaus werde mit dem Gesetz nicht behoben.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Anmerkung: Die Begründungen zu Artikel 7 sind im Paragrafenteil, zu Artikel 1 bis 6 und 8 bis 14 im Anhang wiedergegeben.

f) Beschluss des Deutschen Bundestages vom 9. November 2018 (Drucksache 560/18)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 62. Sitzung am 9. November 2018 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 19/5593 – den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpsG) – Drucksachen 19/4453, 19/4729 – [in beigefügter Fassung] angenommen.

g) Beschluss des Bundesrates vom 23. November 2018 (Drucksache 560/18 – Beschluss)

Der Bundesrat hat in seiner 972. Sitzung am 23. November 2018 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 9. November 2018 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen. Der Bundesrat hat ferner beschlossen, die [aus der Anlage ersichtliche] Entschließung zu fassen.

1. Der Deutsche Bundestag hat im Rahmen der Beschlussfassung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes festgelegt, dass das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bei Auslegungsfragen zu den als Grundlage für die Abrechnung der stationären Leistungen in Krankenhäusern dienenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen kann.
2. Beim OPS 8-98b sind in der Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Frage der Auslegung der Transportentfernung bei der Verlegung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sowie infolge der ebenfalls durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz neu geregelten Verjährungsfristen des § 109 Absatz 5 SGB V aktuell bundesweit tausende von Klageverfahren bei den Sozialgerichten anhängig, weil in einer Vielzahl von Abrechnungsverfahren aus den Jahren 2014, 2015 und 2016 vorsorglich von den Krankenkassen Klage eingereicht worden ist.
3. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung vor diesem Hintergrund auf, auf das DIMDI einzuwirken, unverzüglich, jedenfalls noch im Jahr 2018, die rückwirkende Klarstellung der Formulierung im OPS 8-98b vorzunehmen.

*4. Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)

*Anmerkung: siehe „Vorbemerkungen“ (Seite 3 ff.)

Artikel 1 bis 7a und 8a bis 10

nicht abgedruckt

Artikel 8

im Handbuch eingearbeitet

Begründungen

a) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 31. Mai 2017 (Drucksache 18/12587)

A. Problem

B. Lösung

C. Alternativen

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

E. Erfüllungsaufwand

F. Weitere Kosten

Anmerkung: nicht abgedruckt

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,
den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/11488, 18/11930 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen. (Anmerkung: im Handbuch eingearbeitet)

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Hilde Mattheis, Kathrin Vogler und Dr. Harald Terpe

…

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/11488, 18/11930 beschlossen:

Anmerkung: 1. bis 2. und 4. nicht abgedruckt

3. Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 7a, 8, 8a und 10) werden Detailregelungen zur Wirkung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen gegenüber dem Bewertungsausschuss und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zum gesetzlichen Auftrag des G-BA zur Weiterentwicklung der sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für den Krankenhausbereich, zum Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, zu Saisonarbeitnehmern in der obligatorischen Anschlussversicherung, zu Darlehensaufnahmen von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen und zur Wählbarkeit in die Verwaltungsräte der Krankenkassen aufgenommen.

…

b) Beschluss des Deutschen Bundestages vom 16. Juni 2017 (Drucksache 456/17)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 237. Sitzung am 1. Juni 2017 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/12587 – den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften – Drucksachen 18/11488, 18/11930 – in [beigefügter Fassung] angenommen.

c) Beschluss des Bundesrates vom 7. Juli 2017 (Drucksache 456/17 – Beschluss)

Der Bundesrat hat in seiner 959. Sitzung am 7. Juli 2017 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 1. Juni 2017 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

*5. Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615)

*Anmerkung: siehe „Vorbemerkungen“ (Seite 3 ff.)

Artikel 1 bis 8 und 8c bis 10

nicht abgedruckt

Artikel 8a und 8b

im Handbuch eingearbeitet

Begründungen

a) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 31. Mai 2017 (Drucksache 18/12604)

A. Problem
B. Lösung
C. Alternativen
D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand
E. Erfüllungsaufwand
F. Weitere Kosten
Anmerkung: nicht abgedruckt

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/10938, 18/11187 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen. (Anmerkung: im Handbuch eingearbeitet)

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Sabine Dittmar, Birgit Wöllert und Kordula Schulz-Asche

…
Der **Ausschuss für Gesundheit** hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/10938 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:
Anmerkung: 1. bis 6. nicht abgedruckt

7. Durch eine Änderung des § 291d SGB V wird die obligatorische Integration offener und standardisierter Schnittstellen (für das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG) in informationstechnische Systeme der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser (Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme), für Softwarehersteller geregelt.
8. Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden in § 137i SGB V beauftragt, für von ihnen festzulegende pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Außerdem hat die Selbstverwaltung Vereinbarungen über obligatorische Vergütungsabschläge und die nähere Ausgestaltung des Nachweises des Erfüllungsgrades der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu treffen. Wenn die Vereinbarungen nicht fristgemäß zustande kommen, werden die Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 1. Januar 2019 durch Rechtsverordnung des BMG und die Vereinbarungen über die Vergütungsabschläge sowie den Nachweis durch die Schiedsstelle festgelegt. Die Wirkung der Pflegepersonaluntergrenzen ist bis zum 31. Dezember 2022 wissenschaftlich zu evaluieren. Der Pflegezuschlag, der seit diesem Jahr den allgemeinen Krankenhäusern zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung gezahlt wird, wird 2019 um die zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms um bis zu 330 Mio. € aufgestockt. Hierdurch kann ein jährliches Finanzvolumen von bis zu 830 Mio. Euro dauerhaft für eine bessere Pflege eingesetzt werden. Außerdem können krankenhausindividuelle Zuschläge für die Mehrkosten der Pflegepersonaluntergrenzen vereinbart werden, die nicht bereits anderweitig finanziert sind.

…

b) Beschluss des Deutschen Bundestages vom 16. Juni 2017 (Drucksache 455/17)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 237. Sitzung am 1. Juni 2017 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/12604 – den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten – Drucksachen 18/10938, 18/11187 – [in beigefügter Fassung] angenommen.

c) Beschluss des Bundesrates vom 7. Juli 2017 (Drucksache 455/17 –Beschluss)

Der Bundesrat hat in seiner 959. Sitzung am 7. Juli 2017 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 1. Juni 2017 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 und 6 des Grundgesetzes zuzustimmen.