

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung ist Garant für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Um die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, bedarf es weiterer Reformen, die Leistungen verbessern, die Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessern, Netzwerke stärken und strukturelle Verwerfungen beseitigen.

Der Gesetzentwurf zielt insbesondere darauf ab,

- die Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern,
- die aktuelle, dauerhafte und den Qualitätserfordernissen genügende Verfügbarkeit verlässlicher Daten zu den ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung sicherzustellen,
- Verbesserungen für gesetzlich Krankenversicherte zu erreichen, u.a. durch erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sowie durch Maßnahmen zur Bürokratieentlastung,
- mit der Reform des Notlagentarifs Verbesserungen für privat Krankenversicherte zu erreichen sowie
- die Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken zu fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken.

B. Lösung

Mit dem Gesetzentwurf werden u.a. die Festlegung weiterer Mindestmengen in der Krankenhausversorgung und ihre Durchsetzung gefördert. Außerdem wird die Aufgabe der Krankenkassen zur Qualitätsentwicklung, Qualitätsverträge mit Krankenhäusern zu erproben, verbindlicher gestaltet. Der Anwendungsbereich für die Qualitätsverträge soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erweitert werden. Daneben werden die Vorgaben für die Evaluierung der Qualitätsverträge präzisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, strukturierte Zweitmeinungsverfahren durch jährlich zwei neue Verfahren weiter kontinuierlich auszubauen. Darüber hinaus werden Regelungen eingeführt, die die

Transparenz und Qualität in der Versorgung durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche fördern.

Zudem werden die nach § 137j SGB V für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten, die das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand aufzeigen, künftig veröffentlicht. Damit wird transparent, ob ein Krankenhaus gemessen an seinem jeweiligen Pflegeaufwand viel oder wenig Personal einsetzt.

Die Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung wird verbessert. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung werden künftig verlässlich und planbar über den Zuschlag für klinische Sektionen in angemessener Höhe refinanziert.

Durch die gesetzliche Anordnung von Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht über Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, über Krankheitskosten, über das Gesundheitspersonal sowie über ein regionales Fachkräftemonitoring werden verlässliche Daten gewonnen, um regelmäßige statistische Auswertungen, die Erfüllung supranationaler Lieferpflichten und die laufenden Gesundheitsrechnungen zu gewährleisten.

Pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige mit geringem oder beitragsfreiem Einkommen, die ein im Ausland beschäftigtes Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, erhalten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitgeber des Mitglieds für die Dauer des Auslandsaufenthaltes.

Es wird klargestellt, dass intersexuelle Menschen Anspruch auf Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft haben.

Durch die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten von freiwillig versicherten Mitgliedern und Pflichtversicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch SGB V zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen wird die Erfüllung der Auskunftspflichten für diese Versicherten erheblich vereinfacht und zugleich Bürokratieaufwand bei den Krankenkassen verringert.

Das bislang praktizierte –dem Verfahren bei freiwillig versicherten Selbstständigen entsprechende– Verfahren der Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten nebenberuflich Selbstständigen wird auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und dieser Personengruppe das Recht eingeräumt, vorläufige Beitragsanpassungen wegen einer unverhältnismäßigen Belastung geltend zu machen. Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder im Rahmen der Anrechnung des Ehegatteneinkommens wird ein Freibetrag für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt. Damit wird die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018 (B 12 KR 8/17) aufgegriffen und eine zurzeit bestehende Ungleichbehandlung der vergleichbaren Sachverhalte beseitigt. Mit einer Ergänzung der Regelungen zu den Beitragszuschüssen erhalten zum Beispiel auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige als Freiwilligendienstleistende von der Einsatzstelle einen Beitragszuschuss.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung wird in die Regelversorgung überführt. Die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht wird durch die Einführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) verbessert.

Die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von privat Krankenversicherten werden im Notlagentarif durch die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung und im Notlagen- und Basistarif durch ein Aufrechnungsverbot des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers verbessert.

Zur Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen Krankenkassen zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen und sich gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen. Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit ist künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen.

C. Alternativen

Keine.

Landesstatistische Daten sind nur zum Teil verfügbar und auf einzelne Merkmale beschränkt.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Es entstehen teilweise nicht quantifizierbare Mehrausgaben, denen ebenfalls nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüberstehen.

1. Bund und Länder

Durch die Erstellung der Statistiken für Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, für Krankheitskosten und für das Gesundheitspersonal entstehen beim Statistischen Bundesamt für den Bund jährliche Kosten in Höhe von insgesamt rund 544 000 Euro, die bereits finanziell und stellenmäßig dauerhaft im Einzelplan 06, Kap. 0614, erfüllt werden. Sofern die bestehenden Statistiken über die Rechtsverordnungen nach Artikel 3 § 2 nicht ausgeweitet werden, entstehen keine weiteren Haushaltsausgaben.

Auf das regionale Fachkräftemonitoring bezogene Haushaltsausgaben werden erst bei Umsetzung einer Rechtsverordnung nach Artikel 3 § 2 realisiert. Bei Umsetzung der Rechtsverordnung entstehen für die Einbeziehung des Personals des öffentlichen Gesundheitsdienstes Haushaltsausgaben in Höhe von voraussichtlich einmalig 243 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund. Die prognostizierten jährlichen Haushaltsausgaben beim Statistischen Bundesamt für den Bund für die Umsetzung eines regionalen Fachkräftemonitorings für das Pflege- und Krankenhauspersonal sowie das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes betragen rund 116 000 Euro. Haushaltsausgaben für weitere Versorgungsbereiche sind derzeit nicht prognostizierbar. Da es sich auch beim regionalen Fachkräftemonitoring um eine Bundesstatistik beim Statistischen Bundesamt handelt, sind auch diese Haushaltsausgaben im Rahmen des Einzelplans 06, Kap. 0614, zu tragen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Mit der Regelung eines Korrekturverfahrens zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG können mögliche zusätzliche ungeplante Ausgaben für die GKV in Höhe von insgesamt ca. einer Milliarde Euro im Zeitraum 2020/2021 vermieden werden.

Die Regelung zu Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit führt zu Beitragsminderungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Durch die Umwandlung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationären Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen entstehen zudem Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich.

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen jährlich Mindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich durch die Gleichstellung von pflicht- und freiwillig versicherten Angehörigen mit geringem Einkommen mit familienversicherten Angehörigen des Mitglieds bei Beschäftigung im Ausland.

Durch die Anrechnung eines Freibetrags für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsamen Kinder von Ehegatten bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder entstehen jährlich Mindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Einführung einer Informationspflicht für die Krankenkassen bei Überzahlung der Beiträge wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze reduziert den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger in geringer Höhe, ohne dass die Entlastung verlässlich beziffert werden kann.

Gleiches gilt für die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten von freiwillig versicherten Mitgliedern und Pflichtversicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch SGB V zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen, die dem Datenabruf nicht widersprochen oder ausdrücklich zugestimmt haben. Es wird für diese Personen von einer Zeiteinsparung von mindestens neun Minuten pro erfolgtem elektronischen Datenabruf der Krankenkasse bei der Finanzbehörde ausgegangen.

Für chronisch kranke Versicherte, die an dem neuen strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Adipositas teilnehmen möchten, ergibt sich ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand für die Erklärung der freiwilligen Teilnahme.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Arbeitgeber entstehen geringfügige, nicht näher quantifizierbare Kosten durch die Gleichstellung von pflicht- und freiwillig versicherten Angehörigen mit geringem Einkommen mit familienversicherten Angehörigen des Mitglieds bei Beschäftigung im Ausland.

Den Einsatzstellen von Freiwilligendienstleistenden entstehen durch die Ergänzung der Regelungen zu Beitragszuschüssen nicht näher quantifizierbare Kosten.

Durch die Änderung der Regelungen zur enteralen Ernährung kann den Herstellern von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung ein Erfüllungsaufwand durch Auskunftsuchen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen seines Evaluations- und Berichtsauftrags entstehen, der derzeit nicht näher beziffert werden kann.

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die an dem neuen DMP Adipositas teilnehmen möchten, entsteht Erfüllungsaufwand insbesondere infolge der bestehenden Informationspflicht zur regelmäßigen Dokumentation der Behandlung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms in Höhe von etwa 7 Minuten pro Dokumentation.

Durch die Einführung eines Direktanspruchs im Notlagentarif und eines Aufrechnungsverbots im Notlagen- und Basistarif entstehen keine zusätzlichen Haushaltsausgaben. Für die Versicherer ist es von vergleichbarem Aufwand, ob sie die Versicherungsleistung an den Versicherten oder direkt an den Rechnungssteller auszahlen. Das Aufrechnungsverbot im

Notlagen- und im Basistarif erzeugt keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand gegenüber dem Status Quo.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich im Kostenerstattungsverfahren ein geringfügiger, nicht näher quantifizierbarer Verwaltungsaufwand durch die Gleichstellung von pflicht- und freiwillig versicherten Mitgliedern ohne Einkommen mit familienversicherten Angehörigen bei Beschäftigung im Ausland.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen verursacht die Einführung einer Informationspflicht bei Überzahlung der Beiträge wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze einen geringen, jedoch nicht quantifizierbaren jährlichen Erfüllungsaufwand.

Für die gesetzliche Krankenversicherung entsteht im Hinblick auf die Freibetragsregelung sowie die Einführung des Rechts der nebenberuflich selbstständigen Pflichtversicherten zur Geltendmachung einer unverhältnismäßigen Belastung durch die Umstellung der Abrechnungssysteme ein einmaliger nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten von freiwillig versicherten Mitgliedern und Pflichtversicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch SGB V entstehen sowohl den Finanzbehörden als auch den Krankenkassen einmalige Umstellungskosten von geschätzt je rund 2,3 Millionen Euro. zur Realisierung des elektronischen Abrufverfahrens.

Für die Krankenkassen, die ein neues DMP Adipositas anbieten, ergibt sich ein Erfüllungsaufwand innerhalb der eigenen Verwaltung sowie durch die Vergütung besonderer ärztlicher Leistungen im Rahmen der DMP. Dem Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben gemäß § 137g SGB V zusätzlicher Aufwand für die Zulassung der neuen strukturierten Behandlungsprogramme. Da sich der Erfüllungsaufwand im Wesentlichen aus dem zusätzlichen Aufwand für die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer und aus der jährlichen Fallzahl ergibt und diese von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an den neuen Programmen abhängen, kann eine nähere Bezifferung nicht erfolgen.

Die rechtliche Absicherung der bestehenden Statistiken hat keinen Erfüllungsaufwand zur Folge. Sofern die bestehenden Statistiken über die Rechtsverordnungen nach Artikel 3 § 2 nicht ausgeweitet werden, entsteht kein weiterer Erfüllungsaufwand. Auch ein auf das regionale Fachkräftemonitoring bezogener Erfüllungsaufwand wird erst bei Umsetzung einer Rechtsverordnung nach Artikel 3 § 2 realisiert. Dieser Erfüllungsaufwand zur Umsetzung des regionalen Fachkräftemonitorings beträgt voraussichtlich für den Einbezug des Personals des öffentlichen Gesundheitsdiensts einmalig rund 243 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund, zudem für die Erfassung des Pflege- und Krankenhauspersonals und des Personals des öffentlichen Gesundheitsdienstes jährlich rund 116 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund. Es entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand bei den Kommunen in einer geringen Höhe. Sofern das regionale Fachkräftemonitoring auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet wird, entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand in noch nicht zu beziffernder Höhe.

Durch die Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen entsteht der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung für die erforderliche Anpassung der Vereinbarung zur Durchführung klinischer Sektionen (Obduktionsvereinbarung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Jahr 2021 in Höhe von rund 10 000 Euro.

Für den Bund entsteht durch die Weiterentwicklung des RSA ein einmaliger Aufwand in Höhe von insgesamt rund 30 000 Euro, vor allem durch die Schaffung neuer Datengrundlagen sowie die konzeptionellen Anpassungen der RSA-Systematik und ihrer IT-seitigen Umsetzung im Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS). Ferner entsteht dem BAS ab dem Jahr 2023 laufender Aufwand in Höhe von insgesamt 7 700 Euro, vor allem durch die dauerhafte Durchführung der neuen RSA-Zuweisungsverfahren für die Gruppe der Auslandsversicherten und für das Krankengeld nach § 45 SGB V.

Für die gesetzlichen Krankenkassen entsteht für die Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen Datenmeldungen im Bereich der Auslandsversicherten und des Krankengeldes jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 9 700 Euro.

Durch die Umsetzung der Datenmeldung nach § 269 Absatz 4 entsteht der Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland – (DVKA) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 15 000 Euro.

Für den GKV-Spitzenverband entsteht durch die Annahme und Plausibilisierung der neuen Datenmeldung einmaliger Programmieraufwand in Höhe von 34 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2 Satz 11 werden die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
2. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Familienangehörigen“ die Wörter „und für Familienangehörige in Elternzeit, wenn ohne das Bestehen der Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 erfüllt sind“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „des Versicherten“ eingefügt.
3. In § 22a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 53 des Zwölften Buches“ durch die Wörter „§ 99 des Neunten Buches“ ersetzt.
4. § 23 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „erbringt“ ersetzt und das Wort „erbringen“ wird gestrichen.
 - b) In Absatz 4 Satz 1 erster Halbsatz wird das Wort „kann“ durch das Wort „erbringt“ ersetzt und das Wort „erbringen“ wird gestrichen.
5. Dem § 24c wird folgender Satz 2 angefügt:

„Ein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 hat jede Person, die schwanger ist oder ein Kind geboren hat.“
6. In § 24h Satz 1 wird nach dem Wort „möglich“ das Wort „ist“ eingefügt.

7. In § 27b Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „besteht“ ein Semikolon und folgender Halbsatz angefügt:

„ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich zwei weitere Eingriffe festlegen.“

8. § 31 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Bekanntmachung einer Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre zu berichten. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung erforderliche Anpassungen der nach Satz 1 maßgeblichen Vorgaben fest, regelt er spätestens ein Jahr nach Übersendung des Berichts die erforderlichen Anpassungen der nach Satz 1 maßgeblichen Vorgaben in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei seinem Evaluations- und Regelungsauftrag Angaben von Herstellern zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit für deren Produkte sowie Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Nähere zum Verfahren der Umsetzung seines Evaluations- und Regelungsauftrags regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

9. § 32 Absatz 1c wird aufgehoben.

10. In § 33 Absatz 9 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 6“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 9“ ersetzt.

11. In § 39a Absatz 2 Satz 9 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ und nach den Wörtern „Hospizdienste und“ die Wörter „der Versorgung durch ambulante Hospizdienste für Erwachsene durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 8 ausreichend Rechnung zu tragen. Ebenso ist“ eingefügt.

12. Nach § 39c wird folgender § 39d eingefügt:

„§ 39d

Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Bedarfsgerecht können insbesondere in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal

15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.

(2) Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offen steht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt. Aufgabe des Netzwerkkoordinators ist insbesondere

1. die Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
2. die Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,
5. die Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
6. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

(3) Die Grundsätze der Förderung nach Absatz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Förderrichtlinien erstmals bis zum 31. März 2022, einschließlich der Anforderungen an den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung und an die Herstellung von Transparenz über die Finanzierungsquellen der geförderten Netzwerkkoordinatoren. Bei der Erstellung der Förderrichtlinien sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und der Verband der privaten Krankenversicherung zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die Auswirkungen der Förderung. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für den Bericht erforderlichen Informationen zu übermitteln.“

13. § 55 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 57 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angabe „§ 57 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 und 2 werden die Angaben „§ 57 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angaben „§ 57 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
14. In § 56 Absatz 4 wird die Angabe „§ 57 Abs. 1 Satz 6“ durch die Angabe „§ 57 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
15. § 57 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Folgejahr“ das Komma und die Wörter „erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005,“ gestrichen.
 - b) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
 - c) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Für die folgenden Kalenderjahre“ durch das Wort „Es“ ersetzt.
 - d) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.
 - e) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.
16. § 62 Absatz 5 wird aufgehoben.
17. In § 63 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
18. § 65d Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird nach der Angabe „1. Januar 2017“ die Angabe „bis zum 31. Dezember 2025“ eingefügt.
 - b) In Satz 3 wird die Angabe „und 5“ durch die Wörter „und Absatz 5 mit Ausnahme von Satz 3“ ersetzt.
19. § 65e mit der Bezeichnung „Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut“ wird § 65f.
20. § 75 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgungsebene“ die Wörter „einschließlich einer telefonischen ärztlichen Konsultation“ eingefügt.
 - bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme

 1. von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt,
 2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen Behandlungsbedarf ergeben hat, und
 3. 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.“

21. In § 81 Absatz 1 wird die Nummer 8 wie folgt gefasst:

„8. die Entschädigungsregelungen für Organmitglieder einschließlich der Regelungen zur Art und Höhe der Entschädigungen,“.

22. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2a wird aufgehoben.
- b) Absatz 2d wird aufgehoben.
- c) Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.
- d) Absatz 3f wird aufgehoben.
- e) Absatz 3g wird aufgehoben.

23. § 87 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1b Satz 6 wird die Angabe „erstmalig bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich“ durch die Angabe „alle drei Jahre beginnend zum 31. Dezember 2023“ ersetzt.
- b) In Absatz 2i werden die Wörter „§ 53 des Zwölften Buches“ durch die Wörter „§ 99 des Neunten Buches“ ersetzt.

24. Dem § 87a Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 durchzuführendes Korrekturverfahren für den Zeitraum von drei Kalendervierteljahren zu vereinbaren, mit dem in der Rückschau festgestellte und bei der Bereinigung nicht berücksichtigte aber erwartbare Leistungsmengen bei den Leistungen nach Satz 5 Nummern 3 bis 6 Berücksichtigung finden.“

25. § 91 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 13 werden nach dem Wort „wahr“ die Wörter „und hat ein Antragsrecht an das Beschlussgremium nach Satz 1“ eingefügt.
- b) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„§§ 136 Absatz 3 und 136b Absatz 1 Satz 3 bleiben unberührt.“
- c) In Absatz 11 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 135 Absatz 1 Satz 4 und 5,“ die Wörter „§ 136b Absatz 3 Satz 1“ und ein Komma eingefügt.

26. Nach § 95d wird folgender § 95e eingefügt:

„§ 95 e

Berufshaftpflichtversicherung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.

(2) Die Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann jeweils mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum [sechs Monate nach Inkrafttreten] hiervon abweichende höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren, welche die Mindestversicherungssumme nach Satz 1 ersetzen.

(3) Der Vertragsarzt hat bei Stellung des Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung, sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nachzuweisen. Er ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss das Nichtbestehen, die Beendigung sowie Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.

(4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz auf. Kommt der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich, im Falle der bevorstehenden Beendigung des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz zu beschließen. Der Vertragsarzt ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs des Bescheides des Zulassungsausschusses bei dem Vertragsarzt, mit dem das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes festgestellt wird.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für ermächtigte Ärzte, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht; Absatz 4 gilt hierbei mit der Maßgabe, dass anstelle des Beschlusses des Ruhens der Zulassung die Ermächtigung zu widerrufen ist. Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten mit der Maßgabe, dass ein den Anforderungen der Absätze 1 und 2 entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss.

(6) Die Zulassungsausschüsse fordern die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte bis zum [neun Monate nach Inkrafttreten] erstmalig dazu auf, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versiche-

rungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetzes innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen die Leistungserbringer der Aufforderung nicht nach, gilt Absatz 4 entsprechend.]

(7) Die Zulassungsausschüsse melden der zuständigen Kammer Verstöße gegen die Pflicht nach Absatz 1.“

27. In § 98 Absatz 2 Nummer 12 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „das Ruhen, die Entziehung und“ eingefügt.

28. § 110a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen schließen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung Verträge (Qualitätsverträge).“

bb) In Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte.“ angefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2021 innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über neue Leistungen oder Leistungsbereiche nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erforderliche Anpassungen der bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten verbindlichen Rahmenvorgaben“ ersetzt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro jährlich umfassen; der Betrag ist in den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben den Betrag nach Satz 1, so hat die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen nach Absatz 1 im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen. Bei der Berechnung des Ausgabenvolumens nach den Sätzen 1 und 2 sind die Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsschluss zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft auf Grundlage der jährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für jedes Jahr, erstmals für das Jahr 2022, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nachgekommen sind. Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nicht oder nicht in vollem Umfang nachgekommen, berechnet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Höhe des nach Satz 2 zu zahlenden Betrages und macht diesen durch Bescheid geltend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt dem Bundesamt für Soziale Sicherung jährlich zum 31. Dezember eine Aufstellung der in diesem Jahr rechtskräftig festgestellten Beträge.“

29. Dem § 118 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vereinbarung nach Satz 2 ist spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Festlegungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.“

30. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 76“ die Wörter „Absatz 1 Satz 2 oder“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellen. Die Vorgaben nach Satz 1 haben auch das Nähere

1. zum Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zum Zwecke der Abrechnung sowie zur Form und zum Inhalt der Abrechnungsunterlagen und

2. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall des § 75 Absatz 1a Satz 4 vorliegt,

zu enthalten.“

31. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „und Abs. 6 Satz 3“ gestrichen.

b) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „§ 33 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angabe „§ 33 Absatz 1 Satz 9“ ersetzt.

32. § 130b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 werden die Sätze 4 bis 8 gestrichen.

b) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. Bei einem nicht erstmaligen Inverkehrbringen eines anderen Arzneimittels mit dem gleichen Wirkstoff, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat und für das der Erstattungsbetrag nach Satz 1 fortgilt, wird der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmt; der pharmazeutische Unternehmer kann das Arzneimittel unterhalb dieses Preises abgeben. Abweichend

von Satz 1 gelten die Absätze 1 und 4 ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 1 und 3 nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 3. Das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene. Zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 auf Grundlage der Regelungen nach Satz 7 veröffentlicht der Spitzenverband Bund der Krankenkasse unverzüglich nach Wegfall des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels und des Patentschutzes nach Satz 3 das Kalkulationsmodell des fortgeltenden Erstattungsbetrages nach Satz 1.“

33. § 131 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene schließen einen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In dem Rahmenvertrag nach Satz 1 ist das Nähere über die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer zur Umsetzung der Datenübermittlung nach Absatz 4 Satz 1 und 2 zu regeln, insbesondere die zur Herstellung einer pharmakologischen-therapeutischen und preislichen Transparenz und die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktinformationen sowie das Datenformat. In dem Rahmenvertrag nach Satz 1 kann geregelt werden, dass die Vertragspartner zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Dritte beauftragen. Der Rahmenvertrag nach Satz 1 wird im Hinblick auf die in die Arzneimittelversorgung nach § 31 Absatz 1 einbezogene Produkte im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Verbände auf Bundesebene für diese Produkte vereinbart.

(2) Der Rahmenvertrag nach Absatz 1 kann sich erstrecken auf

1. die Ausstattung der Packungen,
2. Maßnahmen zur Erleichterung der Erfassung von Preis- und Produktinformationen und für die Auswertung von Arzneimittelpreisdaten, Arzneimittelverbrauchsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten, insbesondere für die Ermittlung der Preisvergleichsliste (§ 92 Absatz 2) und die Festsetzung von Festbeträgen.

(3) Der Rahmenvertrag nach Absatz 1 ist von den Vertragsparteien bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] anzupassen. Kommt ein Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 durch die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V im Benehmen mit den Vertragsparteien innerhalb von drei Monaten fest-

gesetzt. Die Schiedsstelle gibt den Verbänden nach Absatz 1 Satz 4 vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 2 entsprechend. Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Der Rahmenvertrag nach Absatz 1 oder ein Schiedsspruch nach Absatz 3 kann von einer Vertragspartei frühestens nach einem Jahr gekündigt werden. Der Rahmenvertrag oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Rahmenvertrages fort.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „Abs.“ jeweils durch die Angabe „Absatz“ und die Angabe „Nr.“ durch die Angabe „Nummer“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller können Dritte mit der Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Satz 1 und 2 beauftragen.“

cc) Im neuen Satz 6 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „das Nähere ist im Vertrag nach § 129 Absatz 2 zu regeln.“ angefügt.

dd) Der neue Satz 7 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

bbb) Nach dem Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 unverzüglich über Änderungen der der Korrektur zugrundeliegenden Sachverhalte zu informieren.“

ee) Im neuen Satz 11 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

34. Dem § 136a wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest. Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichenden Auswertungsergebnisse für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche sind in der Richtlinie darzulegen. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen. Versichertenbezogene Daten dürfen nicht veröffentlicht werden. Die Ergeb-

nisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen berücksichtigt werden.“

35. § 136b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „und Ausnahmetatbestände“ gestrichen.

bb) In Nummer 4 werden die Wörter „vier Leistungen oder Leistungsbereiche“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2023 weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche“ und das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nummer 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft kontinuierlich die Evidenz zu bereits bestehenden Mindestmengen sowie die Evidenz für die Festlegung weiterer Mindestmengen und fasst jeweils nach Aufnahme der Beratungen innerhalb von zwei Jahren Beschlüsse hierzu. Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss vorsehen, dass als Voraussetzung zur Leistungsberechtigung Mindestmengen weiterer Leistungen gleichzeitig erfüllt sein müssen sowie im Zusammenhang mit der Mindestmenge nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität festlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen vorsehen. Er soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann beantragen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Festlegung einer Mindestmenge für bestimmte Leistungen prüft. Für die vor dem [einsetzen: Angabe des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie die Jahreszahl des ersten auf die Verkündung folgenden Jahres] begonnenen Beratungsverfahren zur Festlegung von Mindestmengen ist der § 136b sowie die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der bis zum [einsetzen: Angabe des Tages und des Monats der Verkündung des Gesetzes] geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 neu eingefügt:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Verfahrensordnung mit Wirkung zum [einsetzen: Angabe des Tages und Monats der Verkündung dieses Gesetzes sowie die Jahreszahl des ersten auf die Verkündung folgenden Jahres] das Nähere insbesondere

1. zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge,

2. zur Festlegung der Operationalisierung einer Leistung,

3. zur Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften,

4. zur Umsetzung des Prüfauftrags und zur Einhaltung der Fristvorgabe nach Absatz 3 Satz 1 sowie

5. zu den Voraussetzungen einer Festlegung von im Zusammenhang mit der Mindestmenge zu erfüllenden Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität.“

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „der Ersatzkassen“ durch die Wörter „den Ersatzkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „der Ersatzkassen können“ durch die Wörter „die Ersatzkassen müssen ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023“ ersetzt und nach dem Wort „widerlegen“ werden die Wörter „(Entscheidung)“; der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel fest“ eingefügt.

cc) Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln ab der Prognose für das Jahr 2023 die Ergebnisse der Prognoseprüfungen mit den Entscheidungsgründen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Bei den Entscheidungen nach Satz 6 und den Übermittlungen nach Satz 7 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

dd) Im neuen Satz 10 wird nach dem Wort „statt“ ein Semikolon und folgender Halbsatz eingefügt:

„Klagen gegen die Entscheidungen nach Satz 6 haben ab der Prognose für das Jahr 2023 keine aufschiebende Wirkung.“

e) Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.

f) Absatz 6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„In dem Bericht sind die besonders patientenrelevanten Informationen darzustellen.“

g) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „vier“ gestrichen und die Wörter „nach Abschluss“ durch das Wort „während“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 30. Juni 2028 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2028 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich eine aktuelle Übersicht

der Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

h) Absatz 9 wird aufgehoben.

36. § 137 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen und die Wörter „das Krankenhaus“ durch die Wörter „der Leistungserbringer“ ersetzt.

37. § 137a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „auch in digitaler Form“ eingefügt.
- b) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nummer 1 soll das Institut vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.“

38. In § 137d Absatz 1 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; er kann auch Empfehlungen aussprechen. Den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung nach Satz 3 und der vergleichenden Darstellung nach Satz 4 einzubeziehen.“

39. § 137f Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum [einfügen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Monats] erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere auch für die Behandlung von Adipositas entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“

40. In § 137i Absatz 1 Satz 6 werden vor den Wörtern „§136a Absatz 2 Satz 2“ die Wörter „§136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und“ eingefügt.

41. § 137j wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Das danach zu berücksichtigende Pflegepersonal, das nicht über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügt, ist entsprechend dem Verfahren zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i anteilig einzubeziehen.“

bb) Die neuen Sätze 9 und 10 werden wie folgt gefasst:

„Das Institut veröffentlicht unter Angabe des Namens und der Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 6 eine vergleichende Zusammenstellung der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021, barrierefrei auf seiner Internetseite. Darin weist es standortbezogen auch die prozentuale Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Berufsbezeichnungen auf Grundlage der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten aus.“

b) Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. zu dem Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens der in Nummer 1 festgelegten Untergrenze.“

c) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Budgetjahr 2020“ gestrichen.

42. § 176 wird wie folgt gefasst:

„§ 176

Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer am 1. April 2007 bereits bestehenden und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft wird auf Antrag des Mitglieds unter der Voraussetzung, dass die Solidargemeinschaft den Nachweis der dauerhaften Leistungsfähigkeit nach Absatz 4 erbringt, als eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes anerkannt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft das Vorliegen der Voraussetzungen und erkennt die Mitgliedschaft durch einen Bescheid an.

(2) Die Solidargemeinschaften haben die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

(3) Die Solidargemeinschaften sind den Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach Absatz 1 anerkannt ist, zur Erstattung der Leistungen verpflichtet, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen. Die Verpflichtung zur Leistung besteht, solange und soweit das Mitglied oder ehemalige Mitglied nicht eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(4) Die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft nach Absatz 1 ist alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten, das von einem unabhängigen und geeigneten Gutachter zu prüfen und zu testieren ist, gegenüber dem

Bundesamt für Soziale Sicherung nachzuweisen. Der Gutachter muss dabei insbesondere überprüfen, ob

1. die Beiträge der Solidargemeinschaft auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung der Wahrscheinlichkeitstafeln der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und anderen einschlägigen statistischen Daten berechnet sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit und zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos, und
2. die dauerhafte Erfüllbarkeit der sich aus Absatz 3 ergebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist.

Das Vorliegen eines testierten Gutachtens wird durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bestätigt und ist Voraussetzung der Anerkennung nach Absatz 1.

(5) Endet eine nach Absatz 1 anerkannte Mitgliedschaft und wird ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung oder mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung begründet, ist für den Fall, dass die Mitgliedschaft wieder aufgenommen wird, eine erneute Anerkennung nach Absatz 1 ausgeschlossen.“

43. In § 199a Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Krankenversicherungsnummer“ durch das Wort „Krankenversichertennummer“ ersetzt.
44. Nach § 206 wird folgender § 206a eingefügt:

„§ 206a

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

(1) Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglied auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen im Steuerbescheid sowie die jeweils im Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus

1. nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn und Betrag der Werbungskosten),
2. selbständiger Arbeit,
3. Gewerbebetrieb,
4. Vermietung und Verpachtung,
5. Land- und Forstwirtschaft,
6. Kapitalvermögen, sowie
7. die Einkünfte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 Einkommenssteuergesetz mit Ausnahme der nach den §§ 201 und 202 meldepflichtigen Einkünfte,

8. die Korrekturbeträge im Sinne des § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz und
9. den Betrag der nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 Einkommenssteuergesetz abziehbaren Kinderbetreuungskosten, sofern Einkünfte nach den Nummern 2, 3 oder 5 vorliegen,

in elektronischer Form zu übermitteln.

Die Anforderung der Krankenkasse bei der Finanzbehörde nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der Anforderung innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse widerspricht und innerhalb dieser Frist selbst Auskunft über seine Einnahmen erteilt sowie die erforderlichen Nachweise vorlegt. Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft ist das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 anzuwenden, es sei denn, das Mitglied hat zuvor ausdrücklich erklärt, dass es der automatisierten Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf zustimmt. Das Recht zu elektronischer Anforderung der zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten nach Satz 1 schließt auch die Anforderung der Steueridentifikationsnummer des Mitglieds mit ein, wenn diese der Krankenkasse noch nicht bekannt ist. Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse auf Grundlage der elektronischen Anforderung unverzüglich die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds in elektronischer Form zu übermitteln. Eine erneute Datenanforderung der Krankenkasse zu den Daten eines Änderungsbescheids ist entbehrlich, wenn zuvor bereits die Daten des Vorbescheids aufgrund einer Anforderung nach Satz 1 übermittelt worden sind; die Mitteilung durch die Finanzbehörde erfolgt in diesem Fall unverzüglich nach Erteilung des Änderungsbescheids. § 30 der Abgabenordnung steht den Regelungen nach Satz 1 bis 6 nicht entgegen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, der nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, es sei denn, das Mitglied oder der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds widerspricht der Anforderung durch die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen und erteilt innerhalb dieser Frist selbst Auskunft und legt die erforderlichen Nachweise vor. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 haben die Finanzbehörden auch Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners aus gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen mitzuteilen.

(3) Eine Anforderung nach Absatz 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied innerhalb der Auskunftsfrist nach Absatz 1 Satz 2 erklärt, über beitragspflichtige Einnahmen zu verfügen, die die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. Dies gilt nicht, wenn für die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen unterschiedliche Beitragssätze maßgeblich sind.

(4) Die Anforderung der Einkommensdaten und der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldung der Finanzbehörde erfolgen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung. Das Nähere zu den Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden für die Beitragsbemessung erforderlichen Daten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen sind.“

45. In § 219a Absatz 1 werden nach Satz 3 die folgenden Sätze eingefügt:

„Im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgabe nach Satz 3 Nummer 2 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

1. auf die Einreichung von Beanstandungen verzichten und damit einhergehend Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen begründen,
2. im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen ganz oder teilweise auf deutsche Forderungen verzichten und eine ganze oder teilweise Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung von ausländischen Forderungen begründen.

Ein Verzicht auf eine Forderung oder eine Verpflichtung zur Zahlung ist nur möglich, wenn dies für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland und die betroffenen Krankenkassen wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Die Einzelheiten legt der Spitzenverband Bund in einer Richtlinie fest.“

46. Dem § 226 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Beitragsbemessung nach dem Arbeitseinkommen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 gilt § 240 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4a entsprechend.“

47. § 231 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkasse informiert das Mitglied, wenn es zu einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze gekommen ist.“

- b) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

48. § 240 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigten Kind, für das keine Familienversicherung 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. Für jedes unterhaltsberechtigten Kind des Ehegatten oder Lebenspartners, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Sechstel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen, wenn für das Kind keine Familienversicherung besteht; für jedes nach § 10 versicherte Kind des Ehegatten oder Lebenspartners, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Zehntel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für nach § 10 versicherungsberechtigte Kinder, für die eine Familienversicherung nicht durchgeführt wurde, gelten abweichend von Satz 2 die Abzugsbeträge für familienversicherte Kinder nach Satz 1 oder 2 entsprechend. Wird für das unterhaltsberechtigten Kind des Ehegatten oder Lebenspartners, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, vom anderen Elternteil kein Unterhalt geleistet, gelten die Abzugsbeträge nach Satz 1; das freiwillige Mitglied hat in diesem Fall die Nichtzahlung von Unterhalt gegenüber der Krankenkasse glaubhaft zu machen. Der Abzug von Beträgen für nicht familienversicherte Kinder nach Satz 1 oder 2 ist ausgeschlossen, wenn das Kind nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 versichert oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet, oder die Altersgrenze im Sinne des § 10 Absatz 2 überschritten hat.“

49. In § 257 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „beruht“ die Wörter „sowie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben“ eingefügt.
50. In § 266 Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Krankengeld“ die Angabe „nach § 44“ eingefügt
51. In § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b werden nach dem Komma die Wörter „einschließlich des Länderkennzeichens,“ eingefügt.
52. § 269 wird wie folgt gefasst:

„§ 269

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, 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 nach § 44 anteilig berücksichtigt.

(2) Ab dem Ausgleichsjahr 2023 werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr 2023 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung. § 267 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind gesonderten Risikogruppen zuzuordnen. Die Risikozuschläge sind ab dem Ausgleichsjahr 2023 auf der Grundlage der

1. durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und
2. durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge nach Absatz 4 Satz 1

für die Auslandsversicherten eines Landes zu ermitteln.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland -, übermittelt ab dem Berichtsjahr 2020 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der mit den Krankenkassen für die Auslandsversicherten abgerechneten Rechnungsbeträge differenziert nach dem Wohnstaat an das Bundesamt für Soziale Sicherung. § 267 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 übermitteln die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2022 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

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 und
4. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs

an das Bundesamt für Soziale Sicherung. § 267 Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 bis 5 und 7 gilt entsprechend.

(6) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten die Vorgaben der Absätze 1 und 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung und erfolgt die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 haben.

(7) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 6 regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“

53. In § 273 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 6 Satz 2 werden jeweils die Wörter „in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung“ gestrichen.
54. Dem § 275 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

55. § 275b wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 und 5 eingefügt:

„(4) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen nach § 275b eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch insbesondere durch

1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Prüfungen von Pflegediensten und -einrichtungen und
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen unter Berücksichtigung des inhaltlichen Schwerpunkts der vorgesehenen Prüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen. Im Rahmen der Zusammenarbeit sind die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und

den Trägern der Eingliederungshilfe die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sachliche Ausstattung sowie über Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, aus den Prüfungen nach § 275b mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren. Erkenntnisse aus den Prüfungen nach § 275b, die zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind vom Medizinischen Dienst unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(5) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe nach Absatz 4 entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien sowie den Trägern der Eingliederungshilfe ist unzulässig.“

b) Die Absätze 4 und 5 werden die Absätze 6 und 7.

56. In § 276 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „bei den Leistungserbringern“ die Wörter „unter Nennung des Begutachtungszwecks“ eingefügt.

57. In § 277 Absatz 1 werden die Sätze 1 bis 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer, über dessen Leistung er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zu übermitteln.“

58. In § 279 Absatz 5 Satz 7 wird nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Angabe „Nummer 1“ eingefügt.

59. In § 299 Absatz 4 Satz 8 wird das Wort „sechs“ durch die Angabe „24“ ersetzt.

60. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Einrichtungen nach § 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und nach § 33 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch sind befugt, der zuständigen Krankenkasse bei Erwerbstätigen mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 6,
2. das Institutionskennzeichen der Einrichtung,
3. den Tag der Aufnahme, den Tag und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
4. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit,
5. die zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches erforderlichen Angaben.

Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nummer 3 gilt Absatz 2 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 und das Verfahren der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen nach diesem Buch maßgeblichen Bundesverbänden gemeinsam.“

61. In § 302 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 33 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angabe „§ 33 Absatz 1 Satz 9“ ersetzt.
62. § 316 wird aufgehoben.

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Dem § 21 werden folgende Sätze angefügt:

„Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 des Fünften Buches anerkannt ist, sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit weder in der sozialen Pflegeversicherung noch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung abgesichert sind. Die Solidargemeinschaften haben bei ihren Mitgliedern abzufragen, ob sie in der sozialen oder privaten

Pflegeversicherung versichert sind. Die Mitglieder der Solidargemeinschaften sind verpflichtet, gegenüber den Solidargemeinschaften Nachweise über das Vorliegen eines Pflegeversicherungsschutzes vorzulegen.“

2. § 23 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:
 - „4. Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften nach § 176 des Fünften Buches anerkannt sind und die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind oder sich bereits in der sozialen Pflegeversicherung versichert haben.“
3. In § 48 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 21 Nummer 6“ durch die Wörter „§ 21 Satz 1 Nummer 6 oder Satz 2“ ersetzt.
4. § 50 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:
 - „7. die Solidargemeinschaften für ihre nach § 176 des Fünften Buches anerkannten Mitgliedschaften, soweit die Mitglieder das Bestehen eines Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen haben.“
5. In § 57 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und Absatz 3 und 4“ durch die Angabe „§ 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 und 4“ ersetzt.
6. In § 59 Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „Soldaten auf Zeit“ die Wörter „sowie Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 des Fünften Buches anerkannt ist,“ eingefügt.
7. In § 121 Absatz 1 Nummer 2 werden nach der Angabe „§ 50 Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „und Absatz 2 Nummer 7“ ergänzt.

Artikel 3

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 3 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434), das zuletzt durch Artikel ...des Gesetzes vom (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 7 wird das Wort „sowie“ durch ein Semikolon ersetzt.
2. In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „sowie“ ersetzt.
3. Folgende Nummer 9 wird angefügt:

- „9. Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften gemäß § 176 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt werden können.“

Artikel 4

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2020 (BGBl. I S. 1653) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 192 Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „§ 152“ die Wörter „und im Notlagentarif nach § 153“ eingefügt.
 - b) Es werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„Der Versicherer kann dabei mit einer ihm aus der Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung zustehenden Prämienforderung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus diesen Versicherungen nicht aufrechnen. § 35 ist nicht anwendbar.“
2. In § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort „beihilfeberechtigt“ die Wörter „oder Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften nach § 176 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind.“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Absatz 1b werden die Wörter „oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden“ gestrichen.
2. In § 17b wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 10 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „schriftlicher“ die Wörter „oder elektronischer“ eingefügt.
 - b) Absatz 1a Nummer 3 wird aufgehoben.
3. § 17d Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird nach der Angabe „Nr. 1 Buchstabe a“ die Angabe „und e“ eingefügt.
 - b) Satz 2 wird aufgehoben.

4. In § 18 Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 8a Satz 4 werden nach dem Wort „schriftlichen“ die Wörter „oder elektronischen“ eingefügt.
 - b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „schriftliche“ die Wörter „oder elektronische“ eingefügt.
 - bb) In Satz 8 werden nach der Angabe „11“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung“ eingefügt.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3a wird aufgehoben.
 - b) Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind jeweils die für den maßgeblichen Zeitraum vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.“
 - c) In Absatz 3e Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 sind bei der Berechnung des Abschlags nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.
3. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird.“
 - b) In Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort „oder“ die Wörter „in Textform“ durch das Wort „elektronisch“ ersetzt.
4. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
- „3. bis zum [Datum einsetzen: Ende des dritten Monats nach Inkrafttreten] Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie für die Qualitätssicherung erforderliche Mindestanforderungen fest, vereinbaren die jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion als die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; hierfür ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der jährlichen Kalkulation zu beauftragen, wobei die für die Kalkulation entstehenden Kosten aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren sind;“
- b) Nummer 4 wird aufgehoben.
5. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „§ 9 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 2“ ersetzt.
- bb) In Nummer 6 wird die Angabe „3a,“ gestrichen.
- b) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
6. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
7. Dem § 15 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Sätze 1 und 2 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 2 entsprechend.“

Artikel 7

Änderung des Ergotherapeutengesetzes

In § 10 des Ergotherapeutengesetzes vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „2021“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden

In § 11 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „2021“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

In § 19 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „2021“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird Absatz 1 wie folgt geändert:
 - a) In Satz 6 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 4“ ersetzt.
 - b) In Satz 7 wird die Angabe „4“ jeweils durch die Angabe „6“ ersetzt.
 - c) In Satz 8 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
 - d) In Satz 10 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.
 - e) In Satz 11 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 4“ ersetzt.]
2. In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c wird Absatz 1a wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „einer Organ- und Gewebespende“ durch die Wörter „einer Organ- und Gewebeentnahme“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
3. In Artikel 1 Nummer 3 wird § 2a wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Organ- und Gewebespende“ durch die Wörter „Organ- und Gewebeentnahme“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden

aaa) In Buchstabe a) nach dem Komma hinter dem Wort „Familiennamen“ das Wort „Dokortitel“ sowie ein Komma eingefügt und nach dem Wort „Anschrift“ ein Komma und die Wörter „die zu pseudonymisierende Krankenversicherungsnummer“ eingefügt.

bbb) In Buchstabe c) nach dem Komma hinter dem Wort „Geburtsdatum“ das Wort „Geburtsort“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Transplantationsbeauftragten“ und in Buchstabe a) nach dem Wort „Geburtsdatum“ ein Komma und das Wort „E-Mail-Adresse“ eingefügt.

cc) Nach Nummer 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf das Pseudonym der Krankenversicherungsnummer ausschließlich zum Zweck der Vermeidung möglicher Fehlzusammenhänge bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall verarbeiten. Das Verfahren zur Pseudonymisierung legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Benehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“

c) In Absatz 5 Satz 3 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Transplantationsbeauftragte“ eingefügt.

4. Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht einmal jährlich zum 30. Juni eine Auswertung der im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihrer Änderung und ihres Widerrufs in anonymisierter Form.“

5. Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

Artikel 11

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch [...] geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und § 269 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden die Wörter „den §§ 44 und 45“ durch die Angabe „§ 44“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Versicherten außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres.“

c) Satz 3 wird aufgehoben.

2. In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „den §§ 44 und 45“ durch die Angabe „§ 44“ ersetzt.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor der Nummer 1 werden nach den Wörtern „§ 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und § 269 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

bbb) In Nummer 8 werden nach dem Komma die Wörter „einschließlich des Länderkennzeichens,“ eingefügt.

ccc) In Nummer 11 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

ddd) Folgende Nummern 12 bis 15 werden angefügt:

„12. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,

13. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,

14. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sowie die jeweiligen Bezugstage und

15. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei den Angaben nach Satz 1 Nummer 8 ist das Länderkennzeichen des letzten Tages des nach Satz 1 Nummer 8 maßgeblichen Zeitraums zu melden.“

b) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und § 269 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 4 werden die Wörter „nach § 2 Absatz 1 Satz 1“ gestrichen.
 - bb) In Satz 7 werden die Wörter „§ 7 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - cc) In Satz 11 werden die Wörter „Absatzes 5 Satz 1“ durch die Wörter „§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird aufgehoben
 - bb) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 als auch der Risikogruppe nach Satz 1 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 maßgeblich.“
 - cc) Die neuen Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
- c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
- „(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann ab dem Ausgleichsjahr 2023 im Versichertenklassifikationsmodell bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 länderübergreifende Risikogruppen bilden. Als abgerechnete Rechnungsbeträge eines Jahres nach § 269 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die im jeweiligen Berichtsjahr beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen.“
5. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld

Auf Grundlage der Daten nach § 7 Absatz 1 überprüft der Wissenschaftliche Beirat in seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. Dabei sind insbesondere Modelle zu überprüfen, bei denen die Zuweisungen nach Satz 1 auf der Grundlage von

1. standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen sowie
 2. standardisierten Krankengeldleistungsausgaben
- ermittelt werden.“

6. In § 11 werden die Wörter „das Krankengeld“ durch die Wörter „die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.
7. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird aufgehoben.

bb) Im neuen Satz 2 wird das Wort „Versichertengruppen“ durch das Wort „Risikogruppen“ und das Wort „Aufwendungen“ durch das Wort „Leistungsausgaben“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankengeld“ die Wörter „nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

cc) Nach dem neuen Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind im Jahresausgleich vollständig auszugleichen.“

b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Ausgleichsbeträge nach den §§ 268 und 269 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

8. In § 19 Absatz 2 wird nach den Wörtern „die Zu- und Abschläge nach“ die Angabe „§ 18“ eingefügt.

9. In § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „mit Ausnahme des Arztgruppenschlüssels“ gestrichen.

10. Dem § 27 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung und wird bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 der Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt.“

Artikel 12

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 15 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt.“

2. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Zulassungsausschuss hat das vollständige Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn

1. die Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen oder

2. die Voraussetzungen des § 95e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 kann auch das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung angeordnet werden.“

b) In Absatz 3 wird das Wort „Beschluss“ durch die Wörter „Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2“ ersetzt.

3. § 31 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 2 werden nach der Angabe „Nummer 5“ die Angabe „und 6“ und nach dem Wort „Erklärungen“ die Wörter „und Bescheinigungen“ eingefügt.

b) In Absatz 8 Satz 3 werden nach den Wörtern „nicht erreicht wird“ die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V erfüllt sind.“ eingefügt.

Artikel 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Zahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 6 angefügt:

„6. eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt.“

2. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Zulassungsausschuss hat das vollständige Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn

1. die Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen oder

2. die Voraussetzungen des § 95e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 kann auch das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung angeordnet werden.“

b) In Absatz 3 wird das Wort „Beschluß“ durch die Wörter „Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2“ ersetzt.

3. § 31 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 2 werden nach der Angabe „Nummer 5“ die Angabe „und 6“ und nach dem Wort „Erklärungen“ die Wörter „und Bescheinigungen“ eingefügt.

b) In Absatz 8 Satz 3 werden nach den Wörtern „nicht erreicht wird“ die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V erfüllt sind.“ eingefügt.

Artikel 14

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

2. § 5 Absatz 3 wird aufgehoben.

3. In § 8 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

4. In § 9 Absatz 1 Nummer 3 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1a Nummer 1, 2 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

5. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

6. Dem § 15 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 4 entsprechend.“

Artikel 15

Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen

(Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPSG)

§ 1

Gegenstand, Zwecke und Durchführung der Statistiken

(1) Zur Gewinnung von Strukturinformationen über die Höhe der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, über die Krankheitskosten sowie über das bundesweit und regional zur Verfügung stehende Gesundheitspersonal werden statistische Erhebungen als Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht durchgeführt.

(2) Die Statistiken erstrecken sich auf

1. Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung,
2. Krankheitskosten,
3. das Gesundheitspersonal sowie
4. ein regionales Fachkräftemonitoring.

(3) Die Erhebungen werden bei Stellen des öffentlichen und privaten Rechts durchgeführt, die aufgrund ihrer zweckmäßigen Bestimmung über flächendeckende Daten zu den in Absatz 2 genannten Sachverhalten verfügen.

(4) Die Erhebungen nach Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 3 dienen auch zur Erfüllung der Datenlieferverpflichtungen, die sich aus der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (ABl. L 354 vom 31.12.2008, S. 70) in der jeweils geltenden Fassung sowie aus den auf dieser Verordnung basierenden Rechtsakten ergeben.

(5) Die Statistiken werden vom Statistischen Bundesamt erhoben, aufbereitet und veröffentlicht.

§ 2

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates nähere Bestimmungen zur Durchführung der Statistiken nach § 1 Absatz 2 zu erlassen, insbesondere Regelungen zu

1. den Erhebungs- und Hilfsmerkmalen,
2. dem Berichtszeitraum,

3. der Periodizität,
4. dem Kreis der zu Befragenden,
5. dem Zeitpunkt der Datenübermittlung,
6. der Zusammenführung von Daten.

§ 3

Übermittlungsregelung

(1) Das Statistische Bundesamt darf für die Verwendung gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften und für Zwecke der Planung, jedoch nicht für die Regelung von Einzelfällen, Tabellen mit statistischen Ergebnissen an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden übermitteln, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen.

(2) § 16 Absatz 3 des Bundesstatistikgesetzes bleibt unberührt.

Artikel 16

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nr. 44 tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.
- (3) Artikel 15 tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Quartals in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die gesetzliche Krankenversicherung ist Garant für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Um die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, bedarf es weiterer Reformen, die Leistungen verbessern, die Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessern, Netzwerke stärken und strukturelle Verwerfungen beseitigen.

Der Gesetzentwurf zielt insbesondere darauf ab,

- die Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern,
- die aktuelle, dauerhafte und den Qualitätserfordernissen genügende Verfügbarkeit verlässlicher Daten zu den ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung sicherzustellen,
- Verbesserungen für gesetzlich Krankenversicherte zu erreichen, u.a. durch erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sowie durch Maßnahmen zur Bürokratieentlastung,
- mit der Reform des Notlagentarifs Verbesserungen für privat Krankenversicherte zu erreichen sowie
- die Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken zu fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken.

Mit dem Gesetzentwurf werden u.a. die Festlegung weiterer Mindestmengen in der Krankenhausversorgung und ihre Durchsetzung gefördert. Außerdem wird die Aufgabe der Krankenkassen zur Qualitätsentwicklung, Qualitätsverträge mit Krankenhäusern zu erproben, verbindlicher gestaltet. Der Anwendungsbereich für die Qualitätsverträge soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erweitert werden. Daneben werden die Vorgaben für die Evaluierung der Qualitätsverträge präzisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, strukturierte Zweitmeinungsverfahren durch jährlich zwei neue Verfahren weiter kontinuierlich auszubauen. Darüber hinaus werden Regelungen eingeführt, die die Transparenz und Qualität in der Versorgung durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche fördern.

Zudem werden die nach § 137j SGB V für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten, die das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand aufzeigen, künftig veröffentlicht. Damit wird transparent, ob eine Klinik gemessen an ihrem Pflegeaufwand viel oder wenig Personal einsetzt.

Die Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung wird verbessert. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung werden künftig verlässlich und planbar über den Zuschlag für klinische Sektionen in angemessener Höhe refinanziert.

Durch die gesetzliche Anordnung von Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht über Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, über Krankheitskosten, über das Gesundheitspersonal sowie über ein regionales Fachkräftemonitoring werden verlässliche Daten gewonnen, um regelmäßige statistische Auswertungen, die Erfüllung supranationaler Lieferpflichten und die laufenden Gesundheitsrechnungen zu gewährleisten.

Pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige mit geringem oder beitragsfreiem Einkommen, die das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, erhalten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitgeber des Mitglieds für die Dauer des Auslandsaufenthaltes.

Es wird klargestellt, dass intersexuelle Menschen Anspruch auf Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft haben.

Durch die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen zu den für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten werden freiwillig Versicherte und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buchs sowie Krankenkassen von Bürokratieaufwand entlastet, der mit der Pflicht zur regelmäßig wiederkehrenden Vorlage von Einkommensnachweisen verbunden ist. Zugleich ist es das Ziel, Beitragsschulden aufgrund von Höchstbeiträgen zu vermeiden, die mit der nicht rechtzeitigen Vorlage von Einkommensnachweisen verbunden sind und die nicht den tatsächlichen Einnahmen entsprechen.

Das bislang praktizierte –dem Verfahren bei freiwillig versicherten Selbstständigen entsprechende– Verfahren der Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten nebenberuflich Selbstständigen wird auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und dieser Personengruppe das Recht eingeräumt, vorläufige Beitragsanpassungen wegen einer unverhältnismäßigen Belastung geltend zu machen. Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder im Rahmen der Anrechnung des Ehegatteneinkommens wird ein Freibetrag für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt. Damit wird die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018 (B 12 KR 8/17) aufgegriffen und eine zurzeit bestehende Ungleichbehandlung der vergleichbaren Sachverhalte beseitigt. Mit einer Ergänzung der Regelungen zu den Beitragszuschüssen erhalten zum Beispiel auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige als Freiwilligendienstleistende von der Einsatzstelle einen Beitragszuschuss.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung wird in die Regelversorgung überführt. Die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht wird durch die Einführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) verbessert.

Die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von privat Krankenversicherten werden im Notlagentarif durch die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung und im Notlagen- und Basistarif durch ein Aufrechnungsverbot des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers verbessert.

Zur Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen Krankenkassen zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen und sich gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen. Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit ist künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

II.1 Stärkung der Qualität und Transparenz in der Versorgung

Zur Sicherung und Förderung der Qualität in der Versorgung werden u.a. einzelne durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Maßnahmen weiter gestärkt. Die Festlegung weiterer Mindestmengen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird durch ergänzende Verfahrensregelungen gefördert. Zugleich wird die Durchsetzung der Mindestmengen unterstützt, indem derzeit bestehende Ausnahmeregelungen abgeschafft werden. Die Aufgabe der Krankenkassen Qualitätsverträge mit Krankenhäusern zu erproben, erhält eine höhere Verbindlichkeit, indem ein jährliches Ausgabevolumen pro Versicherten vorgegeben wird. Zudem soll der G-BA bis zum Jahr 2024 weitere Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge bestimmen. Ergänzende Vorgaben sollen eine aussagekräftige Evaluierung ermöglichen, welchen Einfluss Qualitätsverträge auf die Entwicklung der Versorgungsqualität haben. Der G-BA wird beauftragt, auf der Grundlage der Evaluation Empfehlungen abzugeben zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. Dagegen werden die ebenfalls mit dem KHSG vorgesehenen Qualitätszu- und -abschläge abgeschafft, die nach einhelliger Auffassung der gemeinsamen Selbstverwaltung wegen unerwarteter Umsetzungshindernisse auch mittelfristig nicht umgesetzt werden können. Stattdessen sollen Elemente der qualitätsorientierten Vergütung im Rahmen der Qualitätsverträge erprobt werden. Der Auftrag an den G-BA, strukturierte Zweitmeinungsverfahren zu beschließen, wird durch die Vorgabe für jährlich zwei neue Verfahren erweitert, um Versicherte bei der Beurteilung der Notwendigkeit bestimmter planbarer Eingriffe zu unterstützen. Patientenbefragungen sollen künftig auch digital genutzt werden.

Zur Förderung der Transparenz und der Qualität in der Versorgung werden Regelungen eingeführt, die ausdrücklich die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien vorsehen. Den schützenswerten Interessen der Patientinnen und Patienten auf körperliche Unversehrtheit wird insoweit Vorrang vor den Erwerbsinteressen der Leistungserbringenden eingeräumt.]

II.2 Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern mittels der Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern werden die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei veröffentlicht. Durch die vergleichende Veröffentlichung der für jeden Standort eines Krankenhauses errechneten Pflegepersonalquotienten wird für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Um Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu schaffen, wird der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze künftig gemeinsam mit der Festlegung der Untergrenze in einer Rechtsverordnung bestimmt und die bisher vorgesehene Sanktionierung für das Budgetjahr 2020 aufgehoben.]

II.3 Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen

Die Refinanzierungsmöglichkeit von klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument wird verbessert. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung können künftig verlässlich und planbar über den Zuschlag für klinische Sektionen in angemessener Höhe refinanziert

werden. Zu diesem Zweck entfällt die Vorgabe einer erforderlichen Sektionsrate sowie indikationsbasierter Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Für die Refinanzierung werden künftig die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion zugrunde gelegt.

II.4 Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit

Für pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige eines im Ausland beschäftigten Mitglieds ruht grundsätzlich der Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, wenn sich aus über- und zwischenstaatlichem Rechts nichts anderes ergibt, vgl. § 16. Besuchen oder begleiten diese Familienangehörigen während der Elternzeit das Mitglied, ohne dass sie in die Familienversicherung wechseln, müssen sie sich für die Zeit des Auslandsaufenthaltes grundsätzlich selbst absichern. Dieser Personenkreis ist, wenn er nur über ein geringes oder beitragsfreies Einkommen verfügt, genauso schutzwürdig wie familienversicherte Angehörige. Durch die Änderung des § 17 wird daher auch Familienangehörigen, die ohne den Erhalt ihrer eigenen Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen, ein Anspruch gegen den Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds gewährt. Der Arbeitgeber hat einen (teilweisen) Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse des pflicht- oder freiwillig versicherten Mitglieds.

II.5 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft für intersexuelle Menschen

Es wird klargestellt, dass intersexuelle Mensch mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen auch ohne die Wahl eines registrierten Geschlechtsmerkmals (bei Eintragung „divers“) oder mit einem registrierten männlichen Geschlechtsmerkmal im Geburtenregister im Falle der Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf entsprechende Leistungen haben.

II.6 Umwandlung medizinischer Vorsorgemaßnahmen von Ermessens- in Pflichtleistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt, um dem besonderen Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung zu tragen.

II.7 Enterale Ernährung

Der Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung beruht seit über zehn Jahren auf einer Übergangsregelung, die sich in der Versorgungspraxis bewährt hat. Aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung in den Regelleistungsbereich überführt. Der bisherige Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wird angepasst und um eine Berichtspflicht ergänzt.

II.8 Entwicklung eines DMP Adipositas

Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum [einfügen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Monats] ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP Adipositas) zu entwickeln. Hierzu hat er in seinen Richtlinien die entsprechenden Anforderungen an die Ausgestaltung der neuen Behandlungsprogramme zu regeln.

II.9 Informationspflicht für Krankenkassen bei Überzahlung von Beiträgen

Durch die Einführung einer Informationspflicht für die Krankenkassen bei Überzahlung der Beiträge wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze wird den von der Überzahlung betroffenen Mitgliedern die Antragstellung auf Erstattung der zu viel abgeführten Beitragsanteile erleichtert.

II.10 Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten nebenberuflich Selbstständigen

Das bisher aufgrund einer Gesetzesanalogie praktizierte Verfahren zur Beitragsbemessung für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen wird auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Die Beiträge aus dem Arbeitseinkommen werden weiterhin zunächst vorläufig auf Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommenssteuerbescheids und nach Vorlage des Einkommenssteuerbescheids für das Kalenderjahr endgültig festgesetzt. Die tatsächlichen Einkommensverhältnisse bei dieser starken Schwankungen unterworfenen Einnahmeart können dadurch präzise abgebildet werden. Durch die Einbeziehung der untergesetzlichen Regelungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, wird zudem die Möglichkeit eröffnet, im Falle eines Gewinneinbruchs eine vorläufige Beitragsanpassung beanspruchen zu können.

II.11 Freibetragsregelung für nicht gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder

Bei der Beitragsbemessung von freiwilligen Mitgliedern wird die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigt. Diese Leistungsfähigkeit wird unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur durch die eigenen Einnahmen, sondern aufgrund von bestehenden Unterhaltsansprüchen auch durch die Einnahmen seines nicht gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes mitbestimmt und daher dem Einkommen des freiwilligen Mitglieds zugerechnet. Da sich der Unterhaltsanspruch des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten gegenüber dem freiwilligen Mitglied aufgrund von Unterhaltspflichten gegenüber seinen Kindern mindert, wird mit der Regelung nicht nur bei gemeinsamen sondern auch bei nicht gemeinsamen unterhaltsberechtignten Kindern ein pauschalierter Betrag abgezogen. Mit der Regelung wird das Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018 (Az. B 12 KR 8/17) aufgegriffen und weiterentwickelt. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird mit der Regelung auf eine klare rechtliche Grundlage gestellt und sorgt durch die Einbeziehung der unterhaltsrechtlichen Besonderheiten der sog. „Patchworkfamilie“ für eine beitragsrechtliche Gleichbehandlung von gemeinsamen und nicht gemeinsamen Kindern im Rahmen der Ehegattenanrechnung.

II.12 Beitragszuschuss für freiwillig in der GKV-Versicherte, die einen Freiwilligendienst leisten

Freiwilligendienstleistende, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten durch eine Ergänzung der Regelungen zu den Beitragszuschüssen in mehr Fällen einen Anspruch auf einen Beitragszuschuss.

II.13 Elektronisches Abrufverfahren zwischen Finanzämtern und Krankenkassen

Die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen für die Einkommensdaten freiwillig Versicherter und Versicherungspflichtiger nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V trägt dazu bei, Beitragsschulden zu vermeiden, die durch die Festsetzung von Höchstbeiträgen wegen Nichtvorlage der erforderlichen Einkommensnachweise bei der Beitragsfeststellung entstehen. Zugleich kann dadurch erheblicher Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und bei den Mitgliedern vermieden werden. Außerdem wird hiermit ein wesentlicher Beitrag zum Prozess der Digitalisierung und damit zur Modernisierung der öffentlichen Verwaltung geleistet. Die vorgesehene Widerspruchslösung stellt sicher, dass das Mitglied frei entscheiden kann, welchen Auskunftsweg (Selbstauskunft oder Mitteilung durch die zuständige Finanzbehörde) es zur Erfüllung seiner gesetzlichen Auskunftspflicht gegenüber der Krankenkasse wählen möchte.

II.14 Datenübermittlungsbefugnis von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen

Es wird in § 301 Absatz 4a neu SGB V eine Befugnis für im Bereich der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung tätige Rehabilitationseinrichtungen zur Übermittlung von bestimmten versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen geschaffen, die zur Erfüllung von deren gesetzlichen Aufgaben bei Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld erforderlich sind.

II.15 Gesundheitsstatistikgesetz

Der Entwurf regelt die Anordnung der Erhebung der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Fachkräftemonitorings als zentrale Bundesstatistiken.

II.16 Reform des Notlagentarifs PKV

Die Einführung des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung im Jahr 2013 sollte unter anderem sicherstellen, dass auch im Fall von Beitragsrückständen der oder des Versicherten eine medizinische Versorgung insbesondere bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft weiterhin gewährleistet ist. Wie bereits für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung vorgesehen werden zu diesem Zweck ein Direktanspruch der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung sowie die gesamtschuldnerische Haftung von Versicherungsnehmer und Versicherer – im Rahmen seiner Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis – eingeführt. Dieses Ziel wird flankiert durch ein Aufrechnungsverbot für den Versicherer mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus der privaten Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung, sofern der Versicherungsnehmer im Notlagen- oder Basistarif versichert ist.

II.17 Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken/ Eigenständige Rahmenvereinbarung ambulante Kinderhospize

Zur Förderung der Koordination in Netzwerken sollen Krankenkassen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen. Damit beteiligen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Hierfür werden in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Netzwerkkoordinatoren gefördert, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperationstätigkeiten ausführen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung wird weiter gefördert. Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit ist künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen, die eigenständig neben der Rahmenvereinbarung der ambulanten Hospizversorgung für Erwachsene steht.

II.18 Bericht Bewertungsausschuss Palliativmedizin

Mit dem Ziel der Bürokratieentlastung hat der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen zukünftig nur noch alle drei Jahre über die palliativmedizinische Versorgung zu berichten.

II.19 Anerkennung von Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften

Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, werden als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in ihrem Bestand geschützt. Diese Solidargemeinschaften, zu denen auch sogenannte Unterstützungskassen und Pfarrvereine gehören können, unterscheiden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden. Sie haben teilweise bereits jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand. Hingegen haben die „jüngeren“ Solidargemeinschaften sich bei bestehender Krankenversicherungspflicht in Deutschland gegründet und – sofern sie den nach geltender Rechtslage bestehenden rechtlichen Anforderungen an eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht genügen – ein rechtlich unzureichendes Konzept vertreten.

Die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften in schutzwürdigen Solidargemeinschaften erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften regelmäßig gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung nachgewiesen wird. Um für alle Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen und verwaltungsintensive Prüfungen der Satzungen der Solidargemeinschaften durch die Krankenkassen zu vermeiden, sieht die Regelung vor, dass die Mitgliedern Leistungsanspruch auf SGB V-Niveau gegen die Solidargemeinschaft kraft Gesetzes haben. Eine Solidargemeinschaft, die den geforderten Nachweis der dauerhaften Leistungsfähigkeit nicht erbringt, ist durch die gesamte Regelung nicht betroffen und deren Mitgliedschaften können damit auch nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt werden.

Die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften in denjenigen Solidargemeinschaften, die bis zur Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall teilweise jahrzehntelang

ein legitimes Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt haben, muss einheitlich in allen relevanten Rechtskreisen ausgestaltet sein. Dementsprechend sind Folgeänderungen im Versicherungsaufsichtsrecht und im Versicherungsvertragsrecht vorgesehen.

II.20 Vereinfachung der Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen

Für die Durchführung der Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland die Möglichkeit eingeräumt, Regelungen für eine wirtschaftliche Abwicklung des Verfahrens festzulegen.

II.21 Umsetzung RSA Folgegutachten: Krankengeld, Auslandskrankenversicherte

Zur Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen im Risikostrukturausgleich werden die Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte und Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V entsprechend der Empfehlungen der Folgegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungssystematik für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte neu geregelt. Aufgrund von weiterem Forschungsbedarf im Bereich des regulären Krankengeldes nach § 44 SGB V wird der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) beauftragt, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen in diesem Bereich zu überprüfen.

II.22 Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG

Mit der Regelung eines Korrekturverfahrens sollen nach Ablauf des auf ein Jahr begrenzten Bereinigungszeitraums festgestellte mögliche Differenzen, die durch eine unerwartet niedrige Inanspruchnahme von extrabudgetär zu vergütenden und aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigenden Leistungen während des Bereinigungszeitraums entstanden sind, soweit reduziert werden, dass sie einem erwartbaren Niveau entsprechen.

II.23 Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärztinnen und -ärzte

Um die Realisierbarkeit von Schadensersatzansprüchen und Regressforderungen in Fällen von Behandlungsfehlern zu stärken, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer künftig auch vertragsarztrechtlich verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.

II.24 Organspenderegister

Mit der Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende werden insbesondere gesetzliche Änderungen vorgenommen, die im Zusammenhang mit der Einrichtung des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erforderlich geworden sind. Diese beziehen sich zum einen auf notwendige Ergänzungen der personenbezogenen Da-

ten derjenigen Person, die eine Erklärung im Register abgeben will und die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erheben und speichern darf. Ziel ist, durch die Ergänzung dieses Datensatzes mögliche Fehlzusammenhänge bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen zu verhindern. Daneben wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ermächtigt, auch die personenbezogenen Daten von Transplantationsbeauftragten zu erheben die nicht Ärzte sind. Darüber hinaus wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verpflichtet, jährlich eine Auswertung der im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende zu veröffentlichen.

II.25 Förderdauer besonderer Therapieeinrichtungen

Es wird klargestellt, dass die Förderung von besonderen Therapieeinrichtungen, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, bis zum 31. Dezember 2025 fortgeführt wird. Damit entspricht die Förderdauer der üblichen maximalen Länge von Modellvorhaben in der GKV von acht Jahren. Mögliche negative Auswirkungen durch etwaige Projektverzögerungen aufgrund der Corona-Pandemie werden dadurch minimiert und die Standorte der Modellprojekte erhalten eine verlässliche Planungsgrundlage.

II. 26 Modellklauseln in der Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Die Modellklauseln zur Erprobung von akademischen Ausbildungsangeboten in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden bis Ende 2026 verlängert. Derzeit sind sie bis Ende 2021 befristet. Die Verlängerung ermöglicht den Ländern, gewachsene Strukturen akademischer Erstausbildungen zunächst fortzuführen. Die bestehenden Modellstudiengänge können gegebenenfalls ein wichtiger Baustein sein, um reguläre akademische Ausbildungsangebote aufzubauen. Vor diesem Hintergrund ist die Verlängerung der Modellklauseln Voraussetzung für eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung, ob und wenn ja in welcher Ausgestaltung die jeweilige Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie akademisiert werden soll.

II.27 Weiterentwicklung der Regelungen zum Medizinischen Dienst (MD)

II.27.1 Fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen des MD

Mit § 275 Absatz 6 neu SGB V wird klargestellt, dass fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen des MD schriftlich oder elektronisch zu verfassen sind und zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten müssen.

II.27.2 Abstimmungen der Prüfungen mit Heimaufsicht

In § 275b Absatz 4 neu SGB V werden die Krankenkassen, ihre Verbände und der MD verpflichtet, sich bei den Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe abzustimmen, und befugt, bestimmte Erkenntnisse aus den Prüfungen auszutauschen.

II.27.3 Transparenz für Leistungserbringer bei der Anforderung von Daten

In § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird klargestellt, dass die Krankenkassen oder der MD bei der Anforderung versichertenbezogener Daten für gutachtliche Stellungnahmen oder Prüfungen nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275 c und § 275d den Leistungserbringern den Zweck der Begutachtung mitteilen müssen.

II.27.4 Mitteilungspflichten der MD

Die Mitteilungspflichten des MD an die Krankenkassen und Leistungserbringer im Rahmen seiner gutachtlichen Stellungnahmen werden weiterentwickelt. Der MD ist zur Mitteilung des Ergebnisses seiner Begutachtung und der wesentlichen Gründe hierfür an die Leistungserbringer nur noch verpflichtet, wenn sein Ergebnis vom Vorgehen des Leistungserbringers abweicht; im Übrigen ist der MD zur Mitteilung weiterhin befugt. Bei Behandlungsfehlergutachten ist sowohl für die Mitteilung des Ergebnisses der Begutachtung als auch der wesentlichen Gründe die Einwilligung der betroffenen Versicherten erforderlich. In allen anderen Fällen ist nur für die Übermittlung der wesentlichen Gründe auf Anforderung des Leistungserbringers die Einwilligung der Versicherten erforderlich. Die Versicherten erhalten bei Begutachtungen in Falle von Behandlungsfehlervorwürfen einen Anspruch auf Übermittlung des vollständigen Gutachtens durch den MD.

II.27.5 Aufhebung des Verbotes der Drittfinanzierung für die Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der MD

Das Verbot einer Finanzierung zu mehr als 10 Prozent durch Dritte, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen, nach § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V wird für die Vertreter im Verwaltungsrat der MD, die auf Vorschlag der Ärzteschaft und der Pflegefachberufe benannt werden, aufgehoben. Das Verbot gilt weiterhin für die Vertreter, die auf Vorschlag der Patienten- und Pflegebedürftigenorganisationen benannt werden.

II.28 Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes

Für Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes wird der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach § 130b Absatz 8a SGB V auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmt.

II.29 Klarstellung zu Entschädigungsregelungen als Teil der Satzung

Durch eine Konkretisierung in § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V wird klargestellt, dass alle Entschädigungsregelungen für Organmitglieder der Kassenärztlichen (Bundes)vereinigungen, auch die zu Art und Höhe der Zahlungen, ein Teil der Satzung der Körperschaft sein müssen, so dass sie auch von der Genehmigungspflicht umfasst sind.

II.30 Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei Entgelten für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelte)

Für NUB-Entgelte erfolgt, wie nach bereits geltendem Recht auch für andere krankenhaushausindividuelle Entgelte, ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden. Durch analoge Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegegesetzverordnung gilt dies sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

II.31 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsiA):

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden verpflichtet, den Vertrag nach § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V und die Vereinbarung nach § 118 Absatz 3 SGB V zu den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen an die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung psychisch Kranker anzupassen, um den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen – neben der Erfüllung ihrer bisherigen Aufgaben – auch eine sachgerechte Teilnahme an diesem Versorgungsbereich zu ermöglichen.

II.32 Weiterentwicklung der Regelungen zu ambulanten Notfallstrukturen und Terminservicestellen

Für eine verbesserte Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung wird ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus sowie die Anwendung dieses Verfahrens als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen vorgesehen. Darüber hinaus wird der Zugang zur Terminvermittlung durch die Terminservicestellen nach Vorstellung in der Notfallambulanz durch Wegfall des Überweisungserfordernisses erleichtert. Schließlich werden die Terminservicestellen verpflichtet, kurzfristige ärztliche Telefonkonsultationen zu gewährleisten.

III. Alternativen

Keine.

Landesstatistische Daten sind nur zum Teil verfügbar und auf einzelne Merkmale beschränkt.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung).

Die Gesetzgebungskompetenz für das Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz ergibt sich aus Artikel 73 Nummer 11 GG, wonach der Bund die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz über die Statistik für Bundeszwecke hat.

Die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung stützen sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes. Danach kann die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Bundesgesetz geregelt werden, wovon insbesondere Regelungen zu Finanzhilfen und zu Entgelten für die stationäre und teilstationäre Krankenbehandlung umfasst sind. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zudem zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen.

Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelung betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Reform des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 11 des Grundgesetzes (konkurrierende Gesetzgebung). Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist gemäß Artikel 72 Abs. 2 des Grundgesetzes zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich undenkbar.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Durch die vorgesehene Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entfällt die Notwendigkeit der bisher in § 137j Absatz 1 Satz 8 und 9 vorgesehenen Übermittlung der vergleichenden Zusammenstellung an die Vertragsparteien auf Bundes- und Ortsebene, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Landesbehörden.

Der Gesetzentwurf trägt durch die Regelung zur Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen zur Verwaltungsvereinfachung sowohl bei Bürgern und den Krankenkassen bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung ab.

Im Rahmen des Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetzes werden die rechtlichen Voraussetzungen für eine regelmäßige Berichterstattung über die Strukturen im Gesundheitswesen geschaffen. Dies hat zum Ziel, beurteilen zu können, ob die adäquate Versorgung der Bevölkerung in allen Regionen Deutschlands sichergestellt ist. Somit trägt der Entwurf dazu bei, die Ziele im Bereich des SDG 3, Unterziel 3.8 („Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten für alle“) zu erreichen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bund

Durch die Erstellung der Statistiken für Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, für Krankheitskosten für das Gesundheitspersonal sowie für das regionale Fachkräftemonitoring für das Pflege- und Krankenhauspersonal und das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes entstehen jährliche Kosten in Höhe von rund 660 000 Euro, die bereits finanziell und stellenmäßig dauerhaft im Einzelplan 06, Kap. 0614, erfüllt werden. Darüber hinaus entstehen für die Umsetzung eines regionalen Fachkräftemonitorings für das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes einmalige Haushaltsausgaben in Höhe von rund 243 000 Euro.

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. Nicht quantifizierbare Belastungen stehen Einsparungen in Höhe von ca. einer Milliarde Euro durch die Regelung eines Korrekturverfahrens zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus dem TSVG entgegen.

Einzelmaßnahmen

Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfallen folgende Haushaltsausgaben:

3.1 Stärkung der Qualität und Transparenz in der Versorgung

Durch die Verpflichtung zum Beschluss von jährlich zwei weiteren Eingriffen, für die Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung haben, entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung, denen erhebliche ebenfalls nicht quantifizierbare Einsparungen durch die Vermeidung medizinischer operativer Eingriffe gegenüberstehen. Die Höhe der Mehrausgaben hängt u. a. davon ab, für wie viele Eingriffe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Einholung einer Zweitmeinung konkret vorsieht, in welchem Umfang die Zweitmeinung eingeholt und welche Vergütung vom Bewertungsausschuss festgelegt wird. Den Mehrausgaben stehen erhebliche Einsparungen durch eine Vermeidung medizinisch nicht indizierter operativer Eingriffe gegenüber, die ebenfalls nicht quantifiziert werden können.

Die Festlegung eines Mindestbetrages für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V führt bei den Krankenkassen, deren aktuelle Ausgaben den vorgesehenen Mindestbetrag unterschreiten, ab dem Jahr 2022 zu jährlichen Mehrausgaben in Abhängigkeit ihrer Versichertenanzahl. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und der Entwicklung der Zahl der Versicherten. Dem gegenüber stehen erhebliche Einsparungen aufgrund einer verbesserten Versorgungsqualität, die die Mehrausgaben durch Qualitätsverträge nach § 110 a SGB V kompensieren.

3.2 Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen

Im Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) wurden für den Zuschlag für klinische Sektionen Mehrausgaben für alle Kostenträger von jährlich 20 Millionen Euro angesetzt. 2019 wurden diese nur zu knapp fünf Prozent ausgeschöpft. Würden durch die Aufhebung der Obduktionsrate und der indikationsbasierten Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle alle im Jahr 2019 kodierte Obduktionen refinanziert, entstünden Ausgaben von knapp 4 Millionen Euro. Experten gehen davon aus, dass derzeit nicht alle klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung als solche kodiert werden. Einer Umfrage zufolge wurden in Deutschland im Jahr 2014 knapp 14 000 klinische Sektionen durchgeführt. Eine Refinanzierung dieser 14 000 Sektionen über den Zuschlag würde zu Haushaltsausgaben von unter 20 Millionen Euro führen, so dass im Vergleich zum Krankenhausstrukturgesetz somit keine zusätzlichen Haushaltsausgaben anfallen.

3.3 Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind schätzungsweise wenige Tausend gesetzlich Versicherte betroffen. Dies führt zu Beitragsmindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

3.4 Umwandlung medizinischer Vorsorgemaßnahmen von Ermessens- in Pflichtleistungen

Durch die Umwandlung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationären Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen entstehen Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich.

3.5 Freibetragsregelung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind schätzungsweise wenige Tausend gesetzlich Versicherte von der Freibetragsregelung betroffen. Für diesen Personenkreis wird im Jahr 2021 ein Freibetrag von entweder 329 Euro (ein Zehntel der Bezugsgröße) oder 548,33 Euro pro Monat (ein Sechstel der Bezugsgröße) abgezogen, auf den keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung mehr zu zahlen sind. Dies führt zu Beitragsmindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

3.6 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz

Die rechtliche Absicherung der bestehenden Statistiken hat keine Haushaltsmehrausgaben zur Folge. Durch die Erstellung der Statistiken für Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, für Krankheitskosten und für das Gesundheitspersonal entstehen beim Statistischen Bundesamt für den Bund jährliche Kosten in Höhe von insgesamt rund 544 000 Euro, die bereits finanziell und stellenmäßig dauerhaft im Einzelplan 06, Kap. 0614, erfüllt werden. Sofern die bestehenden Statistiken über die Rechtsverordnungen nach § 2 nicht ausgeweitet werden, entstehen keine weiteren Haushaltsausgaben.

Auf das regionale Fachkräftemonitoring bezogene Haushaltsausgaben werden erst bei Umsetzung einer Rechtsverordnung nach Artikel 3 § 2 realisiert. Es wird bei Umsetzung einer Rechtsverordnung prognostiziert, dass für die Umsetzung eines regionalen Fachkräftemonitorings für das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes einmalige Haushaltsausgaben in Höhe von rund 243 000 Euro entstehen und für das regionale Fachkräftemonitoring für das Pflege- und Krankenhauspersonal und das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes jährliche Haushaltsausgaben in Höhe von rund 116 000 Euro entstehen. Haushaltsausgaben für weitere Versorgungsbereiche sind derzeit nicht prognostizierbar. Da es sich auch im Fall des regionalen Fachkräftemonitorings um eine Bundesstatistik beim Statistischen Bundesamt handelt, sind auch diese Haushaltsausgaben im Rahmen des Einzelplans 06, Kap. 0614, zu tragen.

Detaillierte Aufstellung der Haushaltsausgaben des Statistischen Bundesamts

Tabelle 1: Jährliche Haushaltsausgaben des Statistischen Bundesamtes:

Vorgabe	Paragraf	Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Ausgaben		Gesamtausgaben
			Personal- ausgaben	Sachaus- gaben	
in Tsd. Euro					
1	§ 1 Abs. 2 Nr. 1	Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrech- nung	268		268
2	§ 1 Abs. 2 Nr. 2	Krankheitskostenrech- nung	26	5	31
3	§ 1 Abs. 2 Nr. 3	Gesundheitspersonal- rechnung	245		245
4	§ 1 Abs. 2 Nr. 4	Regionales Fachkräfte- monitoring	116		116
Gesamt			655	5	660

3.6.1. Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrechnung; § 1 Abs. 2 Nr. 1 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals

Durch das Gesetz soll eine nationale Rechtsgrundlage für die Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrechnung geschaffen werden. Die Gesundheitsausgabenrechnung stellt wichtige Strukturinformationen über die Höhe der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Einrichtungen und Leistungsarten bereit. Die Erfüllung der Aufgaben wird durch Stellen der Entgeltgruppen E 15, E 13, E 12 und E 9b (teilweise nur für einzelne Monate pro Jahr) gewährleistet. Daraus ergeben sich laut Statistischem Bundesamt jährliche Haushaltsausgaben von rund 268 000 Euro.

3.6.2. Krankheitskostenrechnung; § 1 Abs. 2 Nr. 2 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals

Die Krankheitskostenrechnung erweitert die Dimensionen der Gesundheitsausgabenrechnung um Diagnosen, Alter und Geschlecht. Die jährlichen Haushaltsausgaben betragen laut Statistischem Bundesamt rund 31 000 Euro. Davon zählen 5 000 Euro zu den Sachkosten, die für den Kauf von Daten benötigt werden. Der Rest geht auf Personalkosten für Stellen der Entgeltgruppen E 15, E 13, E 12 und E 9b (teilweise nur für einzelne Monate pro Jahr) zurück.

3.6.3. Gesundheitspersonalrechnung; § 1 Abs. 2 Nr. 3 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals

Die Gesundheitspersonalrechnung stellt wichtige Strukturinformationen über die Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Berufen, Alter, Geschlecht und Einrichtung bereit. Die dauerhafte Bereitstellung der Gesundheitspersonalrechnung wird durch Stellen der folgenden Entgeltgruppen im Statistischen Bundesamt gewährleistet: E 15, E 14, E 11, E 7 (teilweise nur für einzelne Monate pro Jahr). Daraus ergeben sich laut Statistischem Bundesamt jährliche Haushaltsausgaben in Höhe von rund 245 000 Euro.

3.6.4. Regionales Fachkräftemonitoring, § 1 Abs. 2 Nr. 4 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals

Durch die vorgesehenen rechtlichen Änderungen soll die Möglichkeit geschaffen werden per Rechtsverordnung einen Datensatz aufzubauen, der das Gesundheitspersonal in versorgungsnahen und behördlichen Einrichtungen regional differenziert ausweist. Ein Erfüllungsaufwand entsteht erst durch die entsprechende Rechtsverordnung.

Es wird prognostiziert, dass bei Umsetzung einer Rechtsverordnung für das regionale Fachkräftemonitoring für das Konzipieren, Vorbereiten, Durchführen und Aufbereiten der Erhebung des Personals des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit zusätzlichen einmaligen Haushaltsausgaben in Höhe von rund 243 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund zu rechnen ist. Diese entstehen voraussichtlich in den Jahren 2021 und 2022 und setzen sich zusammen aus Personalkosten der Entgeltgruppen E 13 (300 Arbeitstage) und E 11 (314 Arbeitstage). Für das regionale Fachkräftemonitoring für das Pflege- und Krankenhauspersonal und das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist mit jährlichen Haushaltsausgaben in Höhe von rund 116 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund zu rechnen. Diese gehen auf Personalkosten von Stellen der folgenden Entgeltgruppen zurück: E 15, E 13, E 9b (teilweise nur für einzelne Monate pro Jahr). Bei den Kommunen entstehen für die Erhebung der benötigten Personalangaben bei den Gesundheitsämtern über ein Erhebungsportal jährliche Haushaltsausgaben in einer geringen Höhe. Haushaltsausgaben für eine mögliche Ausweitung auf weitere Versorgungsbereiche sind derzeit noch nicht prognostizierbar. Da es sich auch im Fall des regionalen Fachkräftemonitorings um eine Bundesstatistik beim Statistischen Bundesamt handelt, sind auch diese Haushaltsausgaben im Rahmen des Einzelplans 06, Kap. 0614, zu tragen.

3.7 Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken

Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich künftig an der Finanzierung der Koordination von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Voraussetzung ist, dass sich die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge in gleicher Höhe beteiligen. Die Fördersumme der GKV beträgt maximal 15 000 € je Kalenderjahr und Netzwerk. Bei derzeit bestehenden 294 Landkreisen sowie 107 kreisfreien Städten in Deutschland beläuft sich die jährliche Fördersumme auf maximal 6 015 000 € pro Kalenderjahr.

3.8 Vereinfachung der Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen

Der mögliche Verzicht auf die Begleichung geringfügiger Forderungen und die Belastung durch einen Vergleich im zwischenstaatlichen Abrechnungsverfahren nach § 219a SGB V kann für die Kassen zu Forderungsausfällen bzw. Belastungen in geringfügiger einstelliger Millionenhöhe führen. Diese Belastung wird jedoch durch die damit verbundene bürokratische Entlastung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland überkompensiert.

3.9 Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG

Mit der Regelung eines Korrekturverfahrens können mögliche zusätzliche ungeplante Ausgaben für die GKV in Höhe von ca. einer Milliarde Euro vermieden werden.

3.10 Förderdauer besonderer Therapieeinrichtungen

Für die GKV fallen für jedes zusätzliche Förderjahr Ausgaben in Höhe von 5 Millionen Euro an.

4. Erfüllungsaufwand

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Be- und Entlastungen verbunden, die z.T. nicht quantifizierbar sind.

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger ergibt sich kein Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Dem Verband der privaten Krankenversicherung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10 000 Euro durch die Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeiten für klinische Sektionen.

Verwaltung

Durch die Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeiten für klinische Sektionen entsteht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10 000 Euro. Den Finanzämtern und Krankenkassen entstehen einmalige Umstellungskosten in Höhe von 2,3 Millionen Euro durch die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens zwischen den Finanzämtern und Krankenkassen. Die Umstellung auf elektronische Datenübermittlungsverfahren von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen führt insgesamt zu einer Entlastung von ca. 2,2 Millionen Euro. Dem Bund entstehen einmalig Kosten in Höhe von 30 000 Euro, der Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland einmalig 15 000 Euro, dem GKV-Spitzenverband einmaliger Programmieraufwand von 34 000 € durch die Umsetzung des RSA-Folgegutachtens. Hiermit verbunden sind auch jährliche Kosten in Höhe von 9 700 Euro für die Krankenkassen sowie ab dem Jahr 2023 laufende Kosten von 7 700 Euro für das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbe-

dingten Gesamtvergütung aus TSVG führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 13 200 €. Mit den Regelungen zur Weiterentwicklung des MD ist hingegen insgesamt eine Verringerung des Erfüllungsaufwandes von etwa 605 000 € verbunden. Der zu erwartende Erfüllungsaufwand zur Umsetzung des regionalen Fachkräftemonitorings beträgt voraussichtlich für den Einbezug des Personals des öffentlichen Gesundheitsdiensts einmalig rund 243 000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund, zudem für die Erfassung des Pflege- und Krankenhauspersonals und des Personals des öffentlichen Gesundheitsdienstes jährlich rund 116.000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund.

Einzelmaßnahmen

Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfällt folgender Erfüllungsaufwand:

4.1 Stärkung der Qualität und Transparenz in der Versorgung

Für Bürgerinnen und Bürger enthalten die Einzelmaßnahmen keine Vorgaben, so dass für diese kein Erfüllungsaufwand anfällt.

Der beim Beschluss weiterer Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren entstehende einmalige Aufwand sowie jährlich wiederkehrender Erfüllungsaufwand kann nur teilweise quantifiziert und daher nicht verlässlich summiert werden. Dies gilt für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen. Der Erfüllungsaufwand für die Leistungserbringer zur Erbringung der Zweitmeinung, kann aufgrund der Übertragung der Ausgestaltung der Regelungen auf die Selbstverwaltung nicht abschließend quantifiziert werden. Die Höhe des Erfüllungsaufwands hängt insbesondere davon ab, für welche und wie viele planbare mengenanfällige Eingriffe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien die Einholung einer Zweitmeinung vorsieht, wie hoch die Fallzahlen und die Rate der Inanspruchnahme der Zweitmeinung sein werden, welche Anforderungen an geeignete Leistungserbringer gestellt werden und welcher Leistungsumfang in den Vergütungsverhandlungen im Einzelnen für die Abgabe der Zweitmeinung vereinbart wird. Der Erfüllungsaufwand der Leistungserbringer, welche die Indikation für einen vom G-BA festgelegten Eingriff stellen und zur Aufklärung der oder des Versicherten über das Recht auf Zweitmeinung verpflichtet sind, verursacht ebenfalls aus den o. g. Gründen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe. Dies gilt auch für die Informationspflichten, die bei Beschluss weiterer Eingriffe für Leistungserbringer im Rahmen des Zweitmeinungsanspruchs entstehen. Aufgrund der Übertragung der Ausgestaltung vieler Maßnahmen dieses Gesetzes auf die Selbstverwaltung ist eine Quantifizierung der Informationspflichten derzeit nicht verlässlich möglich. Beim G-BA entsteht durch die Festlegung der Eingriffe im Rahmen von § 27b SGB V sowie eingriffsbezogener Anforderungen an die Leistungserbringer in einer Richtlinie Erfüllungsaufwand in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe.

Für die Regelungen betreffend die Mindestmengenfestlegung nach § 136b SGB V entsteht geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für Wirtschaft und Verwaltung: Die Zahl von Widersprüchen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gegen die getroffenen Prognosen (§ 136b Absatz 4 Satz 6 SGB V) könnte zukünftig steigen, wird aber weiterhin als eher niedrig eingeschätzt. Der Aufwand für die Bearbeitung eines Widerspruchs wird für die Krankenkassen je nach Komplexität des Falles zwischen 7 bis 57 Euro (Vgl. BT Drs. 18/53724) geschätzt. Da nicht abschätzbar ist, in wie vielen Fällen Widersprüche eingelegt werden, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar. Bei dem Regelungsauftrag an den G-BA, weitere Verfahrensregelungen für

Mindestmengenfestlegungen vorzunehmen, handelt es sich um einen Auftrag an einen untergesetzlichen Normgeber, deren Umsetzung nicht als Umstellungs- oder Erfüllungsaufwand zu qualifizieren ist.

Durch die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren in der Rehabilitation entsteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Dieser ist von der konkreten Form und Umfang der Veröffentlichung abhängig und auch davon, ob der GKV-SV vergleichend berichtet und Empfehlungen ausspricht. Die Verpflichtung zur Weiterleitung der vorliegenden Daten durch die Auswertungsstellen an den GKV-SV entsteht geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Für die Wirtschaft entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Für die Krankenhausträger als Vertragspartner der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V entsteht ein einmaliger geringer nur schwer quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung dieser Verträge und für die Evaluation ihrer Wirkungen. Der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Verhandlungspartnern bestimmt und ist abhängig vom Verlauf der Verhandlungen. Tendenziell dürfte der Erfüllungsaufwand je Vertrag den Aufwand von 5 000 Euro nicht überschreiten. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Qualitätsverträge insgesamt abgeschlossen werden, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar.

Für die Krankenkassen als Vertragspartner der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V entsteht ein einmaliger geringer nur schwer quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung dieser Verträge und für die Evaluation ihrer Wirkungen. Der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Verhandlungspartnern bestimmt und ist abhängig vom Verlauf der Verhandlungen. Tendenziell dürfte der Erfüllungsaufwand je Vertrag den Aufwand von 5 000 Euro nicht überschreiten. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Qualitätsverträge insgesamt abgeschlossen werden, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar.

4.2 Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen

Durch die Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen entsteht der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung für die erforderliche Anpassung der Vereinbarung zur Durchführung klinischer Sektionen (Obduktionsvereinbarung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Jahr 2021 in Höhe von rund 10 000 Euro.

4.3 Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit

Für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber entstehen durch das Kostenerstattungsverfahren geringfügige, nicht näher quantifizierbare Kosten in Höhe des Betrages, der von der gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet wird. Für die Krankenkassen entsteht durch das Kostenerstattungsverfahren ein geringfügiger Mehraufwand.

4.4 Enterales Ernährung

Durch die Änderung der Regelungen zur enteralen Ernährung kann den Herstellern von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung ein Erfüllungsaufwand durch Auskunftsersuchen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen seines Evaluations- und Berichtsauftrags entstehen, der derzeit nicht näher beziffert werden kann.

4.5 Entwicklung eines DMP Adipositas

Durch die Entwicklung und Einführung eines neuen strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Versicherte mit krankhaftem Übergewicht entsteht etwa ab dem Jahr 2023 der nachfolgend dargestellte Erfüllungsaufwand:

Für chronisch kranke Versicherte, die an dem neuen DMP teilnehmen möchten, ergibt sich etwa ab dem Jahr 2023 ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Erklärung der freiwilligen Teilnahme durch Ausfüllen des Teilnahme-/Einwilligungsformulars von etwa 5 Minuten. Die jährliche Fallzahl ist abhängig von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an dem neuen Programm.

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die an dem neuen DMP teilnehmen möchten, entsteht Erfüllungsaufwand insbesondere infolge der bestehenden Informationspflicht zur regelmäßigen Dokumentation der Behandlung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms in Höhe von etwa 7 Minuten pro Dokumentation. Der konkrete Aufwand für die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer sowie die jährliche Fallzahl ist abhängig von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an den neuen Programmen. Eine nähere Bezifferung ist daher nicht möglich, sondern bleibt der Bürokratiekostenermittlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 10 SGB V im Rahmen der Beschlussfassung seiner Richtlinien vorbehalten.

Für die Krankenkassen, die ein neues DMP anbieten, ergibt sich ein Erfüllungsaufwand innerhalb der eigenen Verwaltung sowie durch die Vergütung besonderer ärztlicher Leistungen im Rahmen der DMP. Da sich der Erfüllungsaufwand der Krankenkassen im Wesentlichen aus dem zusätzlichen Aufwand für die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer und aus der jährlichen Fallzahl ergibt und diese von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an den neuen Programmen abhängen, kann eine nähere Bezifferung nicht erfolgen.

Dem Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben gemäß § 137g SGB V zur Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme insbesondere vorübergehend ab dem Jahr 2023 zusätzlicher Aufwand für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme für die neu hinzukommende Krankheit Adipositas. Die Höhe des Aufwands hängt u.a. von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ab. Die aufgrund des Aufwands infolge der Zulassung neuer Programme entstehenden Kosten werden nach § 137g Absatz 1 Satz 7ff. SGB V durch Gebühren gedeckt bzw. hinsichtlich der notwendigen Vorhaltekosten aus dem Gesundheitsfonds finanziert.

4.6 Informationspflicht für Krankenkassen bei Überzahlung von Beiträgen

Bei den gesetzlichen Krankenkassen verursacht die Einführung einer Informationspflicht bei Überzahlung der Beiträge wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze einen geringen, jedoch nicht quantifizierbaren jährlichen Erfüllungsaufwand.

4.7 Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten nebenberuflich Selbstständigen

Für die gesetzliche Krankenversicherung entsteht durch die Umstellung der Abrechnungssysteme in Bezug auf die Berücksichtigung einer unverhältnismäßigen Belastung aufgrund eines Gewinneinbruchs für diese Personengruppe ein geringfügiger nicht näher quantifizierbarer einmaliger Umstellungsaufwand.

4.8 Freibetragsregelung

Für die gesetzliche Krankenversicherung entsteht durch die Umstellung der Abrechnungssysteme ein geringfügiger nicht näher quantifizierbarer einmaliger Umstellungsaufwand.

4.9 Beitragszuschuss für freiwillig in der GKV-Versicherte, die einen Freiwilligendienst leisten

Den Einsatzstellen von Freiwilligendienstleistenden entstehen durch die Ergänzung der Regelungen zu Beitragszuschüssen nicht näher quantifizierbare Kosten.

4.10 Elektronisches Abrufverfahren zwischen Finanzämtern und Krankenkassen

Durch die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten von freiwillig versicherten Mitgliedern und Pflichtversicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch SGB V entstehen sowohl den Finanzbehörden als auch den Krankenkassen einmalige Umstellungskosten zur Realisierung des elektronischen Abrufverfahrens. Dabei wird kostenmindernd berücksichtigt, dass zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden in Bezug auf die steuerlich als Vorsorgeaufwendungen zu berücksichtigenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Selbstzahler in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits ein Meldeverfahren zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden existiert, auf die die IT-Umstellung aufbauen kann. Für die Krankenkassen entstehen geschätzte einmalige Umstellungskosten in Höhe von rund 2,3 Millionen Euro. Die Kostenschätzung beruht im Wesentlichen auf den Annahmen, dass ein Einwilligungsverfahren des Versicherten zum Datenaustausch umgesetzt, ein neues Datenaustauschverfahren für den Versand und den Empfang der Daten initiiert und die Darstellung der Informationen zum Datenaustausch und die Einkommensdaten einschließlich der Steuer-ID im System gespeichert werden müssen. Für die Finanzbehörden wird ausgehend von den gleichen Annahmen ein geschätzter einmaliger Umstellungsaufwand in gleicher Höhe angenommen.

4.11 Datenübermittlungsbefugnis von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen

Mit der konkretisierenden Neuregelung des § 301 Absatz 4a SGB V wird eine Umstellung auf elektronische Datenübermittlungsverfahren ermöglicht. Dies führt im Bereich der Einrichtungen nach § 15 SGB VI bei ca. 1,1 Mio. Fällen pro Jahr zu einer Entlastung in Höhe von etwa 2,8 Mio. Euro, da bisherige Meldungen in Papierform entfallen können. Die Einrichtungen nach § 33 SGB VII melden bisher nicht an die Krankenkassen; für diese entsteht durch die Regelung bei etwa 230.000 Fällen pro Jahr ein Mehraufwand von ca. 0,6 Mio. Euro. Im Ergebnis führt die Regelung zu einer Entlastung von etwa 2,2 Mio. Euro.

4.12 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz

Es entsteht ein Erfüllungsaufwand für die Erstellung der Statistiken für Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, für Krankheitskosten und für das Gesundheitspersonal sowie bei Umsetzung einer entsprechenden Rechtsverordnung für das regionale Fachkräftemonitoring jeweils wie bei den Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand dargestellt.

Für die Wirtschaft entsteht kein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand. Die für die Zwecke der Erstellung der Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals benötigten sekundärstatistischen Angaben werden dem Statistischen Bundesamt von den datenhaltenden Stellen, wie z. B. dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Deutsche Post AG, der Rettungswesen und Notfallmedizin GmbH, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände etc. auf freiwilliger Basis bereits jetzt zur Verfügung gestellt. Ein Erfüllungsaufwand für das regionale Fachkräftemonitoring entsteht erst bei Erstellung einer entsprechenden Rechtsverordnung und ist derzeit nicht prognostizierbar.

Für die Verwaltung entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die für die Zwecke der Erstellung der Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Gesundheitspersonals benötigten sekundärstatistischen Angaben werden dem Statistischen Bundesamt von den datenhaltenden Stellen, wie z. B. den Verbänden der Krankenversicherung, der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit etc. auf freiwilliger Basis bereits jetzt zur Verfügung gestellt. Ein Erfüllungsaufwand für das regionale Fachkräftemonitoring entsteht erst bei Erstellung einer entsprechenden Rechtsverordnung und ist derzeit nicht prognostizierbar.

4.13 Reform des Notlagentarifs PKV

Durch die Einführung eines Direktanspruchs im Notlagentarif und eines Aufrechnungsverbots im Notlagen- und Basistarif entstehen keine zusätzlichen Haushaltsausgaben. Für die Versicherer ist es von vergleichbarem Aufwand, ob sie die Versicherungsleistung an den Versicherten oder direkt an den Rechnungssteller auszahlen. Das Aufrechnungsverbot im Notlagen- und im Basistarif erzeugt keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand gegenüber dem Status Quo.

4.14 Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken/ Eigenständige Rahmenvereinbarung ambulante Kinderhospize

Den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der privaten Krankenversicherung entsteht ein einmaliger nicht quantifizierbarer geringer Beteiligungsaufwand im Zuge der Erstellung der Förderrichtlinien durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Bei Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung von Koordination in Palliativnetzwerken entsteht der privaten Krankenversicherung ein nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand bei der Umsetzung der Förderrichtlinie.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht durch die Erstellung der Grundsätze der Förderrichtlinien für Netzwerkkoordination in Palliativnetzwerken ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Stellungnahme berechtigten Organisationen (so weit sie der Verwaltung zuzuordnen sind) entsteht ein einmaliger geringer Beteiligungsaufwand.

Ein ebenfalls einmaliger nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entsteht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den beteiligten Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung bei der Erstellung einer eigenständigen Rahmenvereinbarung zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit sowie ein wiederkehrender geringfügiger Erfüllungsaufwand bei der alle vier Jahre zu erfolgenden Überprüfung dieser Rahmenvereinbarung.

4.15 Bericht Bewertungsausschuss Palliativmedizin

Aufgrund dessen, dass der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen zukünftig nur noch alle drei Jahre über die palliativmedizinische Versorgung zu berichten hat, kommt es zu Einsparungen beim Erfüllungsaufwand des Bewertungsausschusses.

4.16 Anerkennung der Mitgliedschaft in Solidargemeinschaften

Die Regelungen führen insgesamt zu nur geringfügigem Erfüllungsaufwand.

Die Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften im vorgenannten Sinne anerkannt werden sollen, benötigen regelmäßig alle fünf Jahre ein unabhängig erstelltes versicherungsmathematisches Gutachten, das den gesetzlichen Vorgaben genügt, und müssen die damit verbundenen Kosten tragen.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat die Aufgabe, das Vorliegen eines solches Gutachtens zu bestätigen, so dass insofern dort nur ein äußerst geringfügiger zu vernachlässigender Erfüllungsaufwand entsteht.

4.17 Vereinfachung der Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht ein geringfügiger Mehraufwand durch die Verpflichtung, in einer Richtlinie Einzelheiten zum Verfahren nach § 219a SGB V zu regeln. Dieser Mehraufwand wird jedoch dadurch überkompensiert, dass der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland künftig keine geringfügigen Forderungen mehr mit unverhältnismäßigem Verwaltungsaufwand verfolgen muss bzw. Vergleiche schließen kann, die den Verwaltungsaufwand deutlich minimieren.

4.18 Umsetzung RSA Folgegutachten: Krankengeld, Auslandskrankenversicherte

Für den Bund entsteht einmaliger Aufwand in Höhe von insgesamt rund 30 000 Euro, vor allem durch die Schaffung neuer Datengrundlagen sowie die konzeptionellen Anpassungen der RSA-Systematik und ihrer IT-seitigen Umsetzung im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Ferner entsteht dem BAS ab dem Jahr 2023 laufender Aufwand in Höhe von insgesamt 7 700 Euro, vor allem durch die dauerhafte Durchführung der neuen RSA-Zuweisungsverfahren für die Gruppe der Auslandsversicherten und für das Krankengeld nach § 45 SGB V.

Für die gesetzlichen Krankenkassen entsteht für die Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen Datenmeldungen im Bereich der Auslandsversicherten und des Krankengeldes jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 9 700 Euro.

Durch die Umsetzung der Datenmeldung nach § 269 Absatz 4 entsteht der Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland – (DVKA) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 15 000 Euro.

Für den GKV-Spitzenverband entsteht durch die Annahme und Plausibilisierung der neuen Datenmeldung einmaliger Programmieraufwand in Höhe von 34 000 Euro.

4.19 Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG

Beim Bewertungsausschuss (GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht für die Beratung und Beschlussfassung des Korrekturverfahrens nach § 87a Absatz 3 Satz 9 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 13 000 Euro.

Beim Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die Prüfung des Beschlusses des Bewertungsausschusses für ärztliche Leitungen nach § 87a Absatz 3 Satz 9 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200 Euro.

4.20 Organspenderegister

Dem Bund entsteht ein derzeit nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Festlegung eines Verfahrens zur Pseudonymisierung der Krankenversicherungsnummer sowie der Auswertung und Veröffentlichung der im Register dokumentierten Erklärungen zur Organspende. Entsprechende Mittel stehen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem Jahr 2021 bereits zur Verfügung.

4.21 Förderdauer besonderer Therapieeinrichtungen

Für die Verlängerung bereits laufender Modellvorhaben entsteht der GKV geringer, nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand.

4.22 Weiterentwicklung MD

4.22.1 Zusammenarbeit bei Prüfungen nach § 275b SGB V

Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihrer Verbände und der Medizinischen Dienste, sich bei den Prüfungen nach § 275b SGB V mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe abzustimmen (§ 275b Abs. 4), ist ein geschätzter Erfüllungsaufwand von etwa 95 000 Euro verbunden. Dieser ergibt sich aus einer angenommenen Fallzahl von höchstens 4200 (1200 Regel- und 3000 Anlassprüfungen), der durchschnittlich für Abstimmung und Informationsaustausch benötigten Zeit von 44 Minuten und einem Stundensatz von 31 Euro pro Stunde.

4.22.2 Mitteilungspflichten der Medizinischen Dienste § 277 SGB V

Mit der Neuregelung der Mitteilungspflichten der Medizinischen Dienste (§ 277 SGB V) ist eine Verringerung des Erfüllungsaufwandes von etwa 700 000 Euro verbunden. Dies ergibt

sich aus der Reduzierung der Tatbestände, in denen eine Meldung erfolgen muss (nur noch bei Abweichungen in der Begutachtung bei 32% der Gutachten) und der Annahme, dass in den anderen Fällen, wo nunmehr lediglich die Befugnis zur Mitteilung gegeben ist, sich die Anzahl der Mitteilungen halbiert.

4.23 Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes

Durch die Regelung des Näheren zur Bestimmung des Abgabepreises eines pharmazeutischen Unternehmers für Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit und der Veröffentlichung des Kalkulationsmodelles des fortgeltenden Erstattungsbetrages entsteht dem GKV-Spitzenverband ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

4.24 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsiA):

Es entstehen geringfügige, nicht quantifizierbare Kosten durch die einmalige Vertragsanpassung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.

5. 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.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Es ist keine Befristung oder Evaluierung der Regelungen erforderlich.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 13 SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur von Verweisen auf § 129 Absatz 1. Aufgrund der Änderung durch das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wurde durch Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa in § 129 Absatz 1 nach Satz 3 ein neuer Satz eingefügt. Eine Anpassung des § 13 Absatz 2 Satz 11 ist unterblieben. Die Angabe in § 13 Absatz 2 Satz 11 zu Satz 5 muss in Satz 6 und die Angabe zu Satz 4 in Satz 5 geändert werden.

Zu Nummer 2 (§ 17 SGB V)

Leistungsansprüche ruhen grundsätzlich gemäß § 16 während eines Auslandsaufenthaltes, wenn nicht aus vorrangigem über- oder zwischenstaatlichem Recht etwas anderes folgt. Entsendete gesetzlich versicherte Arbeitnehmer und familienversicherte Angehörige haben für die Zeit des Aufenthaltes im Ausland einen Anspruch gegen ihren Arbeitgeber auf Übernahme von Krankenbehandlungen im Wege der Leistungsaushilfe sowie auf weitere Leistungen des Dritten Kapitels. Dieser Anspruch besteht auch in entsendungsähnlichen Sachverhaltskonstellationen (vgl. auch BSG, Urteil vom 27.09.2005 - B 1 KR 13/04 R). Der Arbeitgeber kann die entstandenen Kosten teilweise gegenüber der Krankenkasse geltend machen. Für Familienangehörige, die nicht familienversichert sind, besteht ein vergleichbarer Anspruch nicht. Sie müssen sich, wenn sie das Mitglied ins Ausland begleiten oder im Ausland besuchen, für diese Zeit selbst absichern.

Mit der Änderung des § 17 steht der Anspruch gegen den Arbeitgeber auch diesem besonders schutzwürdigen Personenkreis zu. Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 während der Elternzeit fortbesteht und Personen, deren freiwillige Versicherung in der Elternzeit erhalten bleibt, und die über ein geringes Gesamteinkommen bzw. ein nach § 224 beitragsfreies Einkommen verfügen, erhalten ebenfalls Leistungen vom Arbeitgeber des entsendeten Mitglieds, wenn sie ohne den Erhalt ihrer Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen.

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung des § 17 werden pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige mit keinem oder beitragsfreiem Einkommen, die das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, familienversicherten Angehörigen gleichgestellt. Auch sie erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von dem Arbeitgeber des im Ausland tätigen Mitglieds.

Zu Buchstabe b

Mit der redaktionellen Ergänzung wird klargestellt, dass der Arbeitgeber im Leistungsfall eine Erstattung der entstandenen Kosten von der Krankenkasse des pflicht- oder freiwillig versicherten Familienangehörigen verlangen kann, die auf die Kosten, die bei einer Inlandsbehandlung entstanden wären, begrenzt ist.

Zu Nummer 3 (§ 22a SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Das Recht der Eingliederungshilfe wurde durch das Bundesteilhabegesetz aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) herausgelöst und zum 1. Januar 2020 im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verankert. Der für die Eingliederungshilfe leistungsberechtigte Personenkreis wird nunmehr in § 99 SGB IX definiert.

Zu Nummer 4 (§ 23 SGB V)

Zu Buchstabe a und Zu Buchstabe b

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt. Damit soll dem besonderen Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung getragen werden. Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, die Gesundheit durch geeignete medizinische Maßnahmen zu stärken, das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken sowie eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Chronische Erkrankungen und Risikofaktoren können durch ungünstige Verhaltensweisen negativ beeinflusst und verstärkt werden. Vorsorgeleistungen dienen nicht nur der möglichen Linderung der aktuellen Beschwerden oder einer Festigung und Besserung der körperlichen Funktionen, sondern sollen einen bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit der Gesundheit fördern und krankheitsträchtige sowie krankheitsbestimmende Verhaltensweisen korrigieren. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten werden nach Absatz 2 Satz 1 erbracht, wenn ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln am Wohnort nicht ausreichen oder diese Leistungen wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden können. Reichen diese Leistungen nicht aus, erbringt die Krankenkasse nach Absatz 4 Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung. Die Leistungen nach Absatz 2 und Absatz 4 haben in den vergangenen Jahren regelmäßig Rückgänge zu verzeichnen. Mit der Umwandlung in Pflichtleistungen soll eine Verstetigung dieses Leistungsbereichs erreicht werden. In Anbetracht des demografischen Wandels und des Anstiegs der chronischen Erkrankungen ist es von besonderer Bedeutung, die medizinische Vorsorge zu stärken.

Zu Nummer 5 (§ 24c SGB V)

§ 24c SGB V benennt Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, auf die im Falle einer Schwangerschaft und Mutterschaft ein Anspruch besteht. Die einzelnen Leistungsansprüche werden in den §§ 24d bis 24i SGB V (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) geschlechtsbezogen eingeräumt, da sich der Gesetzestext immer auf „die Versicherte“ oder „weibliche Mitglieder“ bezieht.

Mit dem Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts vom 23.05.2017 (BGBl. I Nr. 30 vom 29.05.2017, S. 1228 ff.) wurde der Thematik „Intersexualität“ insoweit Rechnung getragen, als in § 1 Absatz 4 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) mit Wirkung seit 01.01.2018 die Anwendbarkeit des Gesetzes auf jede Person geregelt wird, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt; dies gilt also unabhängig von dem angegebenen Geschlecht im Geburtseintrag.

Mit der Einfügung des Satzes 2 soll dem Rechnung getragen werden und Rechtssicherheit geschaffen werden, dass ein intersexueller Mensch mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen auch ohne die Wahl eines registrierten Geschlechtsmerkmals (bei Eintragung „divers“) oder mit einem registrierten männlichen Geschlechtsmerkmal im Geburtenregister im Falle der Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf entsprechende Leistungen hat.

Zu Nummer 6 (§ 24h SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 7 (§ 27b SGB V)

Mit Einfügung des Halbsatzes wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, ab dem Jahr 2022 jährlich zwei weitere Verfahren in den Besonderen Teil der Richtlinie gemäß § 27b Absatz 2 Satz 1 aufzunehmen, für welche das strukturierte Zweitmeinungsverfahren

Anwendung finden soll. Durch Ausweitung der Regelungen zum Zweitmeinungsverfahren auf weitere Eingriffe soll der Rechtsanspruch der Versicherten, sich vor sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen, gestärkt werden.

Zu Nummer 8 (§ 31 SGB V)

Der nach der Übergangsregelung des § 316, eingeführt durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426), seit dem Jahr 2009 bestehende Anspruch der Versicherten auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung hat sich in der Versorgungspraxis bewährt und wird deshalb in den Regelleistungsbereich überführt. Der bisherige Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wird angepasst. Um dem Fortschreiten des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse Rechnung zu tragen und die Möglichkeit zu eröffnen, auf sich verändernde Markt- beziehungsweise Versorgungsbedingungen zu reagieren und damit eine medizinisch notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung zu gewährleisten, erhält der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 3 den Auftrag, den Erkenntnisstand und die Entwicklung der Leistungen für bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre darüber zu berichten. In dem Bericht sind die wesentlichen Entwicklungen wie z.B. Produktinnovationen und daraus gegebenenfalls abzuleitende Vorschläge für erforderliche Anpassungen der Vorgaben für die Verordnungsfähigkeit von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung darzustellen. Sofern Versorgungsdefizite identifiziert werden, folgt daraus eine Regelungspflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses im Sinne einer Anpassungspflicht der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesen Fällen ermächtigt und verpflichtet, erforderliche Anpassungen und Ergänzungen der nach Satz 1 geltenden Vorgaben in seinen Richtlinien zu regeln. § 92 Absatz 3a findet unter Berücksichtigung der betroffenen Hersteller und Einführer von Produkten sowie der relevanten Verbände Anwendung. Zur Umsetzung des Auftrags berücksichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss Angaben der Herstellern von Produkten für bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Näheres zum Verfahren der Umsetzung des Evaluations- und Regelungsauftrags ist in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu regeln. Die bisherigen Sätze 5 bis 7 werden die Sätze 6 bis 8.

Zu Nummer 9 (§ 32 SGB V)

Die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) geregelte Genehmigungsfreiheit für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls ist mit dem Inkrafttreten der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2021 gestandslos geworden. Für Verordnungen von Heilmitteln, die über die nunmehr geltende orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, sieht § 32 Absatz 1b bereits eine Genehmigungsfreiheit vor.

Zu Nummer 10 (§ 33 SGB V)

Es handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 11 (§ 39a SGB V)

Schwerstkranke Kinder und ihre Familien haben besondere Bedürfnisse und Bedarfe, die sich von der Betreuung Erwachsener und ihrer Familien unterscheiden. Damit diese Besonderheiten kindlicher und familiärer Betreuung zielgenaue und gebündelte Berücksichti-

gung finden, soll es künftig eine eigenständige Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Kinderhospizdienste geben. Bereits bei der Förderung stationärer Kinderhospize hat sich eine eigenständige Vereinbarung nach § 39a Absatz 1 Sätze 4 und 5 bewährt.

Zu Nummer 12 (§ 39d SGB V)

Zu Absatz 1

Die hospizliche und palliative Versorgung liegt nicht in der alleinigen Verantwortung der Krankenkassen und einzelner Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auch die Städte und Gemeinden haben im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge die Aufgabe, für ihre Bürgerinnen und Bürger die kommunalen Leistungen und Einrichtungen so zu gestalten, dass eine gute Versorgung bei schwerer Erkrankung und am Lebensende gewährleistet ist. Hierzu zählt auch, Menschen in ihrer letzten Lebensphase Orientierung und Unterstützung zu geben, etwa durch das Vorhalten von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Eine ganze Reihe von Beispielen zeigt, dass Städte und Gemeinden diese Aufgabe wahrnehmen, indem sie Netzwerke zur besseren Zusammenarbeit der Akteure in der Hospiz- und Palliativversorgung aufbauen oder unterstützen. Auch das zivilgesellschaftliche Engagement von Bürgerinnen und Bürgern, von ehrenamtlich Tätigen, von Selbsthilfegruppen, von Kirchen und Religionsgemeinschaften oder von engagierten Unternehmen in solchen Netzwerken leistet vielfach praktische und finanzielle Beiträge für eine gute Versorgung.

In der Vergangenheit ist der Beitrag der GKV an der Hospiz- und Palliativversorgung stetig gestiegen. Dies folgt aus der Erkenntnis, dass eine gute Gesundheitsversorgung nicht nur in der Gewährleistung eines umfänglichen kurativen und palliativen Behandlungsangebots, sondern auch in einer am Hospizgedanken orientierten Begleitung der Versicherten in der letzten Lebensphase besteht. Zu nennen sind hier etwa die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 oder das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 mit dem Ausbau der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativleistungen. Dabei gilt, dass die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen durch unterschiedliche Akteure getragen wird und Netzwerke sowohl auf professioneller Leistung, auf kommunaler Unterstützung als auch auf ehrenamtlicher Hilfe beruhen. Dies soll nach Vorstellung der Akteure der Hospizbewegung auch in Zukunft so bleiben.

Der gemeinsamen Verantwortung verschiedener Akteure entspricht es, dass Aufbau und Finanzierung der koordinierenden Stellen für die verschiedenen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung auf mehrere Verantwortliche verteilt wird. Die Koordinierung umfasst dabei alle mittelbar oder unmittelbar orientierten Maßnahmen der Hospiz- und Palliativversorgung, sowohl allgemeine kommunale oder kirchliche Angebote (z.B. Seelsorge, Trauerbegleitung) als auch speziell medizinisch und pflegerisch ausgerichtete Angebote (z.B. SAPV-Teams, auf Palliativversorgung spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Hospizdienste und Hospize sowie Einrichtungen der allgemeinen Palliativversorgung und Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter entsprechend der Vereinbarung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V). Auf Grund der beschriebenen gestiegenen Bedeutung der GKV beteiligt sich diese künftig durch einen Zuschuss an der Netzwerkkoordination. Die gesetzliche Förderregelung gewährleistet, dass bestehende Strukturen und bestehendes ehrenamtliches Engagement grundsätzlich erhalten bleiben. Die bisher und auch weiterhin Verantwortlichen sollen sich nicht zurückziehen, vielmehr soll die Finanzierung der Netzwerke durch die Förderung der GKV ergänzt und verbessert werden. Deshalb ist die Förderung an die Bedingung geknüpft, dass sich auch kommunale Träger im Rahmen der ihnen obliegenden Daseinsvorsorge an der Förderung der Netzwerke beteiligen. Die Beteiligung der kommunalen Träger darf sich dabei nicht in einer ideellen Unterstützung erschöpfen, sondern sollte in einer finanziellen Beteiligung etwa an den Personalkosten des Netzwerkkoordinators bestehen. Grundsätzlich ist in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt ein Netzwerk zu fördern. Dies trägt dazu bei, die Netzwerkarbeit in einer Region zu konzentrieren. Ausnahmen, z.B. in Ballungsräumen oder großen Flächenkreisen sind dann möglich,

wenn auf Grund der regionalen Struktur die Koordination durch ein Netzwerk nicht bedarfsgerecht ist.

Da die Netzwerke im Ergebnis nicht nur den Versicherten der GKV zur Verfügung stehen, wird ermöglicht, dass sich auch die private Krankenversicherung an der Netzwerkförderung angemessen beteiligt.

Zu Absatz 2

Die Aufgabe eines Netzwerkkoordinators kann sowohl von den Kommunen, selbstständigen Einrichtungen (z.B. Arbeitsgemeinschaften) oder unmittelbar am Leistungsgeschehen Beteiligten (z.B. SAPV-Teams, auf Palliativversorgung spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Hospizdienste) wahrgenommen werden. Es ist in jedem Fall sicherzustellen, dass sich die übrigen Aufgaben der mit der Netzwerkkoordination betrauten Einrichtungen von den Koordinationsaufgaben für das Netzwerk abgrenzen lassen. Die Förderung erfolgt im Wesentlichen für die Personal- und Sachkosten, wenn der Netzwerkkoordinator bestimmte Anforderungen an Leistungsinhalt und Qualität erfüllt. Dabei ist die Aufgabe des Netzwerkes ausdrücklich nicht die Betreuung und Organisation des einzelnen Versorgungsfalles (sog. case management). Dies ist im Wesentlichen Aufgabe der verantwortlichen Leistungserbringer in der GKV, die hierfür entsprechend vergütet werden. Aufgabe der Netzwerkkoordinatoren ist es vielmehr, alle Belange der Netzwerkarbeit wahrzunehmen, indem Kommunikation und Abstimmung der einzelnen Akteure gefördert und gemeinsame Ziele definiert werden. Regelmäßige Treffen zur Reflexion des Erreichten und der Verbesserungsmöglichkeiten sollen dafür sorgen, dass sich die Netzwerke stetig weiterentwickeln. Die konkrete Förderentscheidung erfolgt auf Landesebene durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Dabei können die genannten Verantwortlichen einen Federführer bestimmen. Der GKV-Spitzenverband legt in einer Förderrichtlinie auf Bundesebene die einzelnen Voraussetzungen für eine Förderung der Netzwerkkoordination fest und beteiligt dabei die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung. In der Förderrichtlinie sind auch Regelungen zu treffen, die Transparenz über die Mittelverwendung gewährleisten.

Zu Absatz 3

Um die Auswirkungen der Förderung von Netzwerkkoordination durch die GKV bewerten zu können, legt der GKV-Spitzenverband drei Jahre nach Veröffentlichung der Förderrichtlinien einen Bericht über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung vor.

Zu Nummer 13 (§ 55 SGB V)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Nummer 14 (§ 56 SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Nummer 15 (§ 57 SGB V)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Vorgaben für erstmalige Vereinbarung für das Jahr 2005 sind gegenstandslos geworden und werden zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Nummer 16 (§ 62 SGB V)

Zur Rechtsbereinigung wird der zwischenzeitlich gegenstandslos gewordene Evaluierungsauftrag aufgehoben.

Zu Nummer 17 (§ 63 SGB V)

Bisher wird in § 63 Absatz 3 Satz 4 auf § 284 Absatz 1 Satz 5 verwiesen. Damit sollte sichergestellt werden, dass trotz der Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben von den Vorschriften des 4. und 10. Kapitels abzuweichen, für die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten die Vorschriften des SGB I und SGB X gelten.

Mit dem Zweiten Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU–2. DSAnpUG-EU wurde § 284 Absatz 1 Satz 4 aufgehoben und der ursprüngliche Satz 5 (auf den in § 63 Absatz 3 Satz 4 verwiesen wird) wurde zu Satz 4. Der Verweis in § 63 Absatz 3 Satz 4 läuft nunmehr ins Leere.

Um die ursprüngliche Intention des Verweises wieder herzustellen, muss der Verweis an die Änderungen in § 284 Absatz 3 angepasst und die Angabe Satz 5 durch Satz 4 ersetzt werden.

Zu Nummer 18 (§ 65 d SGB V)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Förderdauer der Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, klargestellt.

Nach einer ca. einjährigen Vorbereitungsphase durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(Veröffentlichung der Fördergrundsätze, Erteilung der Zuschläge, Vergabe des Evaluationsauftrages) sind die Modellvorhaben nach § 65d weitestgehend zum 1. Januar 2018 gestartet. Mit den Änderungen wird klargestellt, dass die Förderdauer der üblichen maximalen Länge von Modellvorhaben in der GKV von acht Jahren entspricht (§ 63 Absatz 5 Satz 1), auch, wenn in den Modellvorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels mit Einwilligung der Betroffenen (§ 63 Absatz 3a Satz 2) abgewichen wird. § 63 Absatz 5 Satz 3, der in diesen Fällen eine Befristung auf fünf Jahre vorsieht, gilt hier nicht.

Bei der Förderung besonderer Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen handelt es sich um ein hochspezialisiertes Therapieangebot mit vergleichsweise geringen Patientenzahlen und spezifischen Anforderungen an Therapie, Qualitätsmanagement und begleitende Evaluierung. Die Klarstellung der Förderdauer auf acht Jahre soll zu einem möglichst hohen Erkenntnisgewinn aus den Modellvorhaben beitragen. Damit kann negativen Auswirkungen durch etwaige Projektverzögerungen aufgrund der Corona-Pandemie entgegengewirkt und den Standorten des Modellprojekts eine verlässliche Planung ermöglicht werden. Es soll vermieden werden, dass einzelne Therapien zur Behandlung einer pädophilen Sexualstörung wegen einer zu kurzen Laufzeit der Modellprojekte und unklarer Situation einer etwaigen Übernahme in die Regelversorgung vorzeitig abgebrochen werden müssen.

Zu Nummer 19 (§ 65f SGB V)

Mit der Änderung wird ein Versehen behoben, in dessen Folge zwei Paragraphen mit der Nummer 65e erlassen wurden.

Zu Nummer 20 (§ 75 SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl I 2019, Nr. 18 S. 646) wurde den Terminservicestellen die Aufgabe zugewiesen, den Versicherten durch entsprechend qualifiziertes Personal rund um die Uhr auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Behandlung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Diese Regelung wird nunmehr dahingehend konkretisiert, dass im Bedarfsfall zum Zwecke der Beratung der Versicherten oder zur besseren Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit auch ein kurzfristiger telefonischer Arztkontakt ermöglicht wird. Hierbei können die Terminservicestellen die Konsultation entweder selbst durch eigenes ärztliches Personal durchführen oder kurzfristige Rückrufmöglichkeiten anderweitig, etwa im Wege von Kooperationen mit Arztpraxen, sicherstellen. Für den Fall, dass sich im Rahmen des ärztlichen Telefonkontakts eine weitergehende Behandlungsnotwendigkeit herausstellt, erfolgt eine unmittelbare Weitervermittlung durch die Terminservicestelle in die medizinisch gebotene Versorgungsebene.

Mit der vermehrten Nutzung telefonischer Arztkontakte können sowohl die Notfallambulanzen als auch die Rettungsdienste entlastet und weitere Anreize für Kooperationen zwischen den Rettungsdienstleitstellen und den Terminservicestellen gesetzt werden. Die Möglichkeit für entsprechende Kooperationen wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz bereits ausdrücklich geschaffen (vgl. § 75 Absatz 1a Satz 2 zweiter Halbsatz).

Zu Doppelbuchstabe bb

Gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 dürfen andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer grundsätzlich nur in Notfällen für eine

ambulante Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme eines zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (vgl. § 95 Absatz 1 Satz) etwa anstelle einer Notfallambulanz nicht zumutbar sein.

Der neu gefasste Absatz 1a Satz 4 übernimmt im Wesentlichen geltendes Recht. Neu ist die Regelung in Nummer 2. Diese knüpft an die in § 120 Absatz 3b – neu - vorgesehene Regelung an, wonach die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufstellt.

Die Regelung bewirkt einen erleichterten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung für Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus herausgestellt hat, dass zwar ein ambulanter medizinischer Behandlungsbedarf besteht, nicht aber ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 vorliegt, der eine sofortige Behandlung erfordert. Der erleichterte Zugang wird dadurch bewirkt, dass die bei Inanspruchnahme einer Terminservicestelle für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sonstige erforderliche Überweisung entfällt. Entsprechende Patientinnen und Patienten werden also so behandelt, als würden sie über eine Überweisung verfügen. Eine zusätzliche Inanspruchnahme einer Hausärztin oder eines Hausarztes bedarf es nicht. Hierdurch soll insbesondere die Anzahl der Arztkontakte für die Patientinnen und Patienten reduziert werden, da die Patientinnen und Patienten, die zum Zwecke der Krankenbehandlung bereits eine Notfallambulanz aufgesucht haben, keine Überweisung zum Facharzt einholen müssen. Ausnahmen vom Überweisungserfordernis sind nach geltendem Recht bereits für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Augenärztinnen und Augenärzten sowie Frauenärztinnen und Frauenärzten und für die Terminvermittlung in Akutfällen vorgesehen und bleiben neben der vorliegend eingeführten, zusätzlichen Ausnahme bestehen.

Zu Nummer 21 (§ 81 SGB V)

Anders als bei den Sozialversicherungsträgern und auch beim GKV-Spitzenverband gibt es für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen keine gesetzlichen Vorgaben (§ 41 SGB IV) und transparenten Maßstäbe (wie in der sog. Sozialpartnerempfehlung) zu Art und Höhe von Entschädigungen für Organmitglieder.

Nur wenn die Entschädigungsregelungen einschließlich Art und Höhe der Entschädigung als Teil der Satzung der Aufsichtsbehörde nach § 81 Absatz 1 Satz 2 SGB V zur Genehmigung vorzulegen sind, kann ein vergleichbarer transparenter Zustand hergestellt werden und eine umfassende Bewertung und Prüfung aller Aspekte wie z.B. auch der Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit durch die Aufsichtsbehörde erfolgen.

Durch die Ergänzung in Nummer 8 wird daher klargestellt, dass die Satzung der Körperschaft nicht nur den allgemeinen, formellen Rahmen wie z.B. die allgemeine Kostentragung der Entschädigungen, sondern alle Regelungen zur Entschädigung von Organmitgliedern einschließlich der Regelungen zur Art und Höhe der Entschädigungen, enthalten muss. Die Regelungen können auch im Rahmen einer eigenständigen Entschädigungsordnung festgeschrieben werden, wenn die Satzung diese Entschädigungsordnung ausdrücklich als Teil der Satzung vorsieht.

Zu Nummer 22 (§ 85 SGB V)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Bereinigung gegenstandslos gewordener Vorgaben zu Vergütungsvereinbarungen vertragszahnärztlicher Leistungen betreffend das Jahr 2013.

Zu Buchstabe b

Die für das Jahr 2011 geltende Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Der für das Jahr 2013 geltende § 85 Absatz 3 Satz 5 ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Buchstabe d

Die die Jahre 2011 und 2012 betreffende Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Die für die Jahre 2011 bis 2014 geltende Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Nummer 23 (§ 87 SGB V)

Zu Buchstabe a

Vor dem Hintergrund der sich nach den bisherigen Evaluationsberichten des Bewertungsausschusses positiv entwickelnden Versorgung in der Palliativmedizin und der mit den Berichten einhergehenden Aufwände zur Erstellung soll mit dem Ziel der Entbürokratisierung mit dieser Regelung der Berichtszeitraum von zwei Jahren auf drei Jahre verlängert werden. Der Bewertungsausschuss hat somit zukünftig nur noch alle drei Jahre über die palliativmedizinische Versorgung zu berichten. Dadurch wird auch ein Gleichklang mit dem Bericht nach § 37 b Absatz 4 SGB V ermöglicht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Das Recht der Eingliederungshilfe wurde durch das Bundesteilhabegesetz aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) herausgelöst und zum 1. Januar 2020 im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verankert. Der für die Eingliederungshilfe leistungsberechtigte Personenkreis wird nunmehr in § 99 SGB IX definiert.

Zu Nummer 24 (§ 87a SGB V)

Mit den Regelungen zur Bereinigung nach den Sätzen 7 und 8 erfolgt zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung eine prospektive Bereinigung 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 nachzuweisen sind, begrenzt auf einen Zeitraum von einem Jahr, das heißt einmalig für die jeweiligen vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums vorgesehen. Zu berei-

nigen 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.

Mit der Regelung in Satz 9 soll sichergestellt werden, dass die Vertragspartner nach Ablauf der auf ein Jahr begrenzten Bereinigung ein retrospektives Korrekturverfahren zur Bereinigung ab dem vierten Quartal 2021, begrenzt auf insgesamt drei Quartale, vereinbaren. Dies soll insbesondere bei unerwarteten Differenzen der Inanspruchnahmen von Leistungen nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 im Vergleich der den Quartalen des Korrekturverfahrens entsprechenden Quartale mit Bereinigung und ohne Bereinigung erfolgen (viertes Quartal 2019 (mit Bereinigung), viertes Quartal 2020 (ohne Bereinigung), viertes Quartal 2021 Korrekturverfahren)).

Es wird davon ausgegangen, dass das Institut des Bewertungsausschusses Berechnungen anstellt um einen entsprechenden Prozentsatz zur Beschlussfassung im Bewertungsausschuss zu ermitteln.

Ebenso wie für die Bereinigung selbst sind auch für das erforderliche Korrekturverfahren bundeseinheitliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 zu beschließen.

Zu Nummer 25 (§ 91 SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung wird ausdrücklich geregelt, dass der unparteiische Vorsitzende des G-BA in Ausübung seiner Steuerungsverantwortung zur Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen berechtigt ist, gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA entsprechende Anträge zu stellen, um eine fristgerechte Beschlussfassung herbeizuführen.

Zu Buchstabe b

Hier wird ein Verweis korrigiert. In Absatz 5 wird das Stellungnahmerecht der Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene zu Beschluss Themen, die deren Berufsausübung berühren, normiert. Durch die Bestimmung in Satz 2 wird klargestellt, dass das Recht auf Beteiligung nach § 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 in den dort geregelten Fällen auch bei einer Berechtigung zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 bestehen bleibt.

Zu Buchstabe c

Mit der Einfügung wird die regelmäßige jährliche Berichtspflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ergänzt. Dies dient der Transparenz gegenüber dem Parlament über die Durchführung und Erfüllung der dem G-BA vom Gesetzgeber mit eigener Normsetzungsverantwortung übertragenen Aufgaben (siehe dazu auch Änderung in § 136b Absatz 3 Satz 1).

Zu Nummer 26 (§ 95e SGB V)

Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungsfehler können lebenslange und kostenintensive medizinische Behandlungen sowie weitere Ansprüche der Geschädigten zum Beispiel auf Schmerzensgeld, Ersatz von Verdienstausfall, Renten- und Unterhaltsleistungen nach sich ziehen. Der Bundesrechnungshof hat im Rahmen seiner Prüfungen die Sicherstellung der Haftpflichtversicherung für vertragsärztliche Behandlungsfehler in den Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung 2017 (Ergänzungsband) aufgegriffen (BT-Drucks. 19/1800 Nr. 10, S. 52). Er gelangte dabei zu der Feststellung, dass in

Fällen von Behandlungsfehlern die haftenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilweise keine oder nur eine unzureichende Haftpflichtversicherung hatten. Zwar sind Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt unabhängig von ihrer vertrags(zahn)ärztlichen Zulassung über die Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder sowie die Berufsordnungen (z.B. § 21 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Von den (Zahn)Ärzte- und Psychotherapeutenkammern ist bekannt, dass allerdings nur in wenigen Kammerbezirken die Beibringung eines Versicherungsnachweises vorgeschrieben ist. Eine tatsächliche Überprüfung des Versicherungsschutzes findet in den überwiegenden Kammerbezirken nur anlassbezogen bzw. stichprobenartig, nicht jedoch in einem standardisierten Verfahren statt. Im Falle des Nichtbestehens eines Haftpflichtversicherungsschutzes sieht das einschlägige Berufsrecht im Rahmen von berufsrechtlichen Verfahren die Anordnung des Ruhens der Approbation durch die Approbationsbehörde vor (§ 6 Absatz 1 Nummer 5 Bundesärzteordnung). Nicht immer erlangen die Kammern allerdings die hierfür erforderliche Kenntnis vom Verlust oder von wesentlichen Änderungen im Versicherungsverhältnis. Selbst in den Kammerbezirken, in denen die Kammern als zuständige Stellen im Sinne des § 117 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) benannt sind und Umstände, die das Nichtbestehen oder die Beendigung von Versicherungsverhältnissen zur Folge haben, durch die Versicherer angezeigt werden, erhalten die Kammern keine Meldungen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Beginn an keine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Mit der vorliegenden Neuregelung des § 95e soll verhindert werden, dass aufgrund von Behandlungsfehlern entstandene Schadensersatzansprüche der Versicherten gegen Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte sowie gegen Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie auf Sozialleistungsträger übergegangene Ansprüche aufgrund fehlenden Haftpflichtversicherungsschutzes und Zahlungsunfähigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ins Leere laufen. Daher wird neben der bisher allein im Berufsrecht verankerten Berufshaftpflichtversicherungspflicht nunmehr in § 95e zusätzlich eine entsprechende vertrags(zahn)ärztliche Pflicht statuiert und umfassende Regelungen zu den Rechtsfolgen bei einer Verletzung dieser Pflicht sowie ergänzende Verfahrensregelungen geschaffen. Regelungen des Berufs- und Kammerrechts bleiben von der Neuregelung unberührt.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 wird das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes zu einer vertragsärztlichen Pflicht erhoben. Die Versicherungspflicht gilt gemäß § 72 Absatz 1 auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, sofern aufbauend auf der nach Absatz 2 festgelegten Mindestversicherungssumme das spezifische Haftungsrisiko der jeweiligen Vertragsärztin oder des jeweiligen Vertragsarztes abgedeckt wird. Hierbei sind u.a. die Facharztgruppe, das Leistungsspektrum, das Patienten Klientel und ggf. die Hierarchiestufe zu berücksichtigen. Sofern die Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 erfüllt werden, kann diese vertragsärztliche Versicherungspflicht auch mit der Berufshaftpflichtversicherung erfüllt werden, welcher der Erfüllung der berufsrechtlichen begründeten Versicherungspflicht dient.

Zu Absatz 2

Um einen dem Zweck der Regelung gerecht werdenden Schutz sicherzustellen, ist die Festlegung einer Mindestversicherungssumme erforderlich. Sie trägt auch zu einer sachgerechten Überprüfung der vertragsärztlichen Pflicht durch die Zulassungsausschüsse bei. Die Mindestversicherungssumme nach Satz 1 entsprechen den marktüblichen Mindestversicherungssumme (zahn)ärztlicher und psychotherapeutischer Berufshaftpflichtversicherungen. Nach Satz 3 steht es den dort genannten Organisationen frei, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Regelung in Vereinbarungen jeweils für Ärztinnen und

Ärzte, für Zahnärztinnen und Zahnärzte und für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hiervon abweichende höhere Mindestversicherungssummen festzulegen, die die Mindestversicherungssumme nach Satz 1 ersetzen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 weist den zuständigen Zulassungsausschüssen nach § 96 die Aufgabe zu, die Einhaltung der vertragsärztlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht zu überprüfen. Zu diesem Zweck werden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Satz 1 verpflichtet, dem Zulassungsausschuss auf dessen Verlangen eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 VVG vorzulegen. Dieser Nachweis kann sich auch auf die Berufshaftpflichtversicherung beziehen, welche der Erfüllung der berufsrechtlichen Versicherungspflicht dient, sofern diese den Anforderungen der Absätze 1 und 2 genügt. Zugelassen zur vertragsärztlichen Versorgung werden künftig nur noch ausreichend berufshaftpflichtversicherte (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren. Ein Versicherungsnachweis ist auch bei dem Antrag auf Ermächtigung sowie auf Genehmigung einer Anstellung zu erbringen. Das Nähere wird durch flankierende Begleitregelungen in der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) und der Zulassungsverordnung für Zahnärzte (Zahnärzte-ZV) geregelt. Zudem kann der Zulassungsausschuss insbesondere im Rahmen von anlassbezogenen oder stichprobenartigen Prüfungen das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung überprüfen. Dies gilt auch für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die bei Inkrafttreten der vorliegenden Neuregelung bereits zugelassen oder ermächtigt waren. Hierfür muss gewährleistet sein, dass die Zulassungsausschüsse über Umstände, die den Versicherungsschutz betreffen, in Kenntnis gesetzt werden. Die zu diesem Zweck in Satz 2 aufgenommenen Meldepflichten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte umfassen insbesondere Umstände wie die Kündigung des Versicherungsverhältnisses, das Ende des Versicherungsverhältnisses durch Zeitablauf sowie den Versicherungsschutz betreffende Anpassungen des Versicherungsvertrages wie Änderungen der Deckungssumme oder der versicherten Tätigkeiten. Mit der Benennung der Zulassungsausschüsse zu zuständigen Stellen im Sinne des § 117 VVG nach Satz 3 treten die Zulassungsausschüsse neben durch Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder zu zuständigen Stellen benannte Kammern. Versicherer haben daher künftig in Fällen, in denen im Zuständigkeitsbezirk zwei zuständige Stellen im Sinne des § 117 VVG benannt sind, beiden Stellen gegenüber Umstände im Sinne des § 117 Absatz 2 Satz 1 VVG anzuzeigen, um die Rechtsfolgen des § 117 Absatz 2 VVG (Nachhaftungsfrist) auszulösen.

Zu Absatz 4

Um die Ausübung vertrag(zahn)ärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit ohne ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz zu verhindern, werden die Zulassungsausschüsse ermächtigt und verpflichtet, das Ruhen von Zulassungen von Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzten, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren zu beschließen, solange kein ausreichender Versicherungsschutz nachgewiesen wird. Absatz 3 regelt daher das Verfahren für Fälle, in denen der Zulassungsausschuss aufgrund einer Anzeige des Versicherers, des Vertragsarztes oder der Vertragsärztin oder auf andere Weise Kenntnis davon erlangt, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet. In diesen Fällen fordert der Zulassungsausschuss die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt unverzüglich dazu auf, einen Versicherungsnachweis nach § 113 Absatz 2 VVG vorzulegen, aus dem sich das Bestehen oder im Falle der bevorstehenden Beendigung das Fortbestehen eines Versicherungsschutzes ergibt. Dieser Anforderung hat der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin unverzüglich, im Falle der bevorstehenden Beendigung spätestens zum Ende des Versicherungsverhältnisses nachzukommen. Dies führt aufgrund der Regelung des § 117 Absatz 2 Satz 4 VVG im Regelfall auch zu einer Entlastung des alten Versicherers hinsichtlich der Nachhaftung. Sofern der Ver-

tragsarzt oder die Vertragsärztin der Aufforderung des Zulassungsausschusses nicht rechtzeitig nachkommt, beschließt der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung. Die Zulassung ruht grundsätzlich ab dem Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses, spätestens jedoch ab dem Zeitpunkt des Ablaufs der Nachhaftungsfrist nach § 117 Absatz 2 VVG, sofern dem Zulassungsausschuss aufgrund der Umstände des Einzelfalls ein früherer Beschluss nicht möglich ist. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt ist zuvor darauf hinzuweisen, dass das Ruhen der Zulassung angeordnet wird, wenn sie oder er den Nachweis eines ausreichenden Versicherungsschutzes nicht erbringt (Satz 2). In dem Beschluss, der das Ruhen der Zulassung anordnet, sind die Voraussetzungen zur Erfüllung der Berufshaftpflichtversicherungspflicht nach den Absätzen 1 und 2 hinreichend zu bestimmen. Wird eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung durch einen Versicherungsnachweis nach § 113 Absatz 2 VVG nachgewiesen, werden das Ende des Ruhens der Zulassung und die Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (Satz 3) durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses festgestellt. Es bedarf insoweit keines förmlichen Beschlusses des Zulassungsausschusses. Weitere gesetzlich vorgesehene Disziplinarmaßnahmen bleiben von der Neuregelung unberührt.

Zu Absatz 5

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für ermächtigte Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, soweit für ihre Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Haftpflichtversicherungsschutz besteht. Dies kann insbesondere eine Betriebshaftpflichtversicherung sein, die auch die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung gleichwertig abdeckt. Für ermächtigte Leistungserbringer sieht das Gesetz anstelle des Beschlusses des Ruhens der Zulassung den Widerruf der Ermächtigung vor. In der Folge wird die entsprechende Geltung des in Absatz 4 geregelten Verfahrens für den Widerruf der Ermächtigung angeordnet. Nach Satz 2 sind medizinische Versorgungszentren, anstellende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie anstellende Berufsausübungsgemeinschaften verpflichtet, die gesamte von der Vertragsarztpraxis, dem medizinischen Versorgungszentrum oder der Berufsausübungsgemeinschaft ausgehende ärztliche Tätigkeit entsprechend der Maßgabe des Absatzes 1 über eine Berufshaftpflichtversicherung zu versichern. Die Absätze 1 bis 4 gelten insoweit entsprechend.

Zu Absatz 6

Die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ermächtigten sowie medizinischen Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften sind durch die Zulassungsausschüsse innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten der Regelung über die vertragsärztliche Berufshaftpflichtversicherungspflicht und die hierzu festgelegten Mindestversicherungssummen nach Absatz 2 zu informieren und zugleich erstmalig flächendeckend zur Vorlage eines ausreichenden Versicherungsnachweises nach § 113 Absatz 2 VVG aufzufordern. Die Beibringung flächendeckender Versicherungsnachweise trägt über die damit einhergehende Anwendbarkeit des § 117 Absatz 2 VVG (Nachhaftung) zu einer besseren Realisierbarkeit zukünftiger Schadensersatzansprüche bei. Kommen die Leistungserbringer der Aufforderung des Zulassungsausschusses nicht fristgerecht nach, hat dieser entsprechend dem Verfahren nach Absatz 4 das Ruhen der jeweiligen Zulassung zu beschließen bzw. die jeweilige Ermächtigung zu widerrufen.

Zu Absatz 7

Damit die für berufsrechtliche Verfahren zuständigen Ärztekammern, Zahnärztekammern und Psychotherapeutenkammern in Fällen, in denen kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, die notwendigen Maßnahmen ergreifen können, sieht Absatz 7 vor, dass die Zulassungsausschüsse ihnen bekannte Verstöße gegen die Versicherungspflicht den zuständigen Kammern melden.

Zu Nummer 27 (§ 98 SGB V)

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und die Zulassungsverordnung für Zahnärzte (Zahnärzte-ZV) enthalten in den §§ 26 ff. bereits nähere Regelungen über das Ruhen und die Entziehung der Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Mit der neuen Vorschrift des § 95e Absatz 4 SGB V, die im Falle eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht als Sanktion die Anordnung des Ruhen der Zulassung vorsieht, ist zum bisherigen Ruhenstatbestand ein neuer hinzugekommen. Dieser wird flankierend zur gesetzlichen Regelung des § 95e Absatz 3 nunmehr auch in § 26 Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV abgebildet (s. Artikel 4 Nummer 2 und Artikel 5 Nummer 2). Da § 98 den Verordnungsgeber bisher nicht explizit zu Regelungen über das Ruhen und die Entziehung der Zulassung in der Ärzte-ZV und der Zahnärzte-ZV ermächtigt, wird dies aus Gründen der Rechtsklarheit nunmehr nachgeholt.

Zu Nummer 28 (§ 110a SGB V)

Die Änderungen sollen insbesondere den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken. Seit Inkrafttreten der Regelung, die den Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen den Abschluss von Qualitätsverträgen aufgibt und seit die dafür notwendigen Umsetzungsvoraussetzungen vorliegen, sind nur sehr wenige Qualitätsverträge geschlossen worden. Die geringe Anzahl reicht für eine tragfähige Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität nicht aus. Die Änderungen erhöhen deshalb die Verbindlichkeit des Auftrags an die Krankenkassen oder die Zusammenschlüsse von Krankenkassen und nehmen notwendige Ergänzungen der Erprobungsregelung für die Qualitätsverträge vor.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ersetzung der „Soll-Regelung“ in Absatz 1 Satz 1 wird noch deutlicher zum Ausdruck gebracht, dass es sich bei dem Auftrag an die Krankenkassen bzw. deren Zusammenschlüsse Qualitätsverträge zu erproben, um eine Pflichtaufgabe handelt, der es nachzukommen gilt. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wird den Krankenkassen im neuen Absatz 3 darüber hinaus ein konkretes Ausgabevolumen vorgegeben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung ermöglicht die Verlängerung der Vertragslaufzeit der nach Satz 4 stets zu befristenden Qualitätsverträge. Diese Möglichkeit wird insbesondere deshalb geschaffen, weil sich nach der Kritik aus der Selbstverwaltung der hohe Aufwand einer Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätsvertrags für den bisher sehr begrenzten Zeitraum von z. B. drei Jahren nur im Ausnahmefall lohnt. Zudem ist für erfolgreiche Modelle eine Übergangsregelung zumindest bis zur Bewertung der Evaluationsergebnisse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zum Beschluss der Empfehlungen nach § 136b Absatz 8 Satz 3 erforderlich. Die Änderung gibt deshalb die Möglichkeit, Qualitätsverträge, die sich aus Sicht beider Vertragspartner bewährt haben, zu verlängern, bis der G-BA auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse nach § 136b Absatz 8 Satz 1 ggfs. zu einer anderen Bewertung kommt und eine Empfehlung abgibt, dass für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich kein Qualitätsvertrag mehr zur Anwendung kommen sollte. Inwieweit die Zeiten einer verlängerten Vertragslaufzeit der Qualitätsverträge in die Evaluation nach § 136b Absatz 8 Satz 1 einbezogen werden, ist durch den G-BA festzulegen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung enthält die angepasste Fristsetzung für die Vertragspartner nach Absatz 2 für eventuell notwendige Anpassungen der zwischen ihnen vereinbarten Rahmenvorgaben

für den Inhalt der Qualitätsverträge. Die Rahmenvorgaben, die eine aussagekräftige Evaluation der Qualitätsverträge sichern sollen, sind von den Vertragspartnern für die vier bisher vom G-BA beschlossenen Leistungen und Leistungsbereiche mit Datum vom 16. Juli 2018 vereinbart worden. Für ab dem Jahr 2021 vom G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 neu festgelegte Leistungen oder Leistungsbereiche können Anpassungen und Ergänzungen notwendig werden. Die Fristsetzung stellt insoweit eine Folgeänderung dar zu dem geänderten Auftrag an den G-BA, bis zum Jahr 2024 jährlich zwei weitere Leistungen oder Leistungsbereiche zu bestimmen, bei denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Nach der neuen Fristsetzung sind erforderliche Anpassungen der Rahmenempfehlungen jeweils innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA über neue Leistungen oder Leistungsbereiche zu vereinbaren. Damit wird sichergestellt, dass wesentliche Umsetzungsvoraussetzungen für die Qualitätsverträge zeitnah vorliegen.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 3 bestimmt gemäß Satz 1 für die Krankenkassen ein jährliches Ausgabevolumen zur Erprobung von Qualitätsverträgen und konkretisiert damit die Umsetzungsverpflichtung der Aufgaben nach Absatz 1 in finanzieller Hinsicht. Der vorgegebene Wert in Höhe von 0,30 Euro pro Versicherten jährlich ist dabei als Richtwert zu verstehen, der von den Krankenkassen möglichst zu erreichen ist. Er stellt dagegen keine Obergrenze dar; die Krankenkassen sind vielmehr berechtigt, dieses Ausgabevolumen für Qualitätsverträge zur Weiterentwicklung der Versorgung zu überschreiten. Die Dynamisierungsregelung in Satz 1, 2. Halbsatz wirkt dem Wertverlust des vorgegebenen Betrags für die Erprobung der Qualitätsverträge entgegen. Ein Unterschreiten des festgelegten Ausgabevolumens hat nach Satz 2 zur Folge, dass die Krankenkasse den Differenzbetrag im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zu zahlen hat. Diese Regelung verhindert, dass Krankenkassen aus einer Untätigkeit bei der Erprobung von Qualitätsverträgen finanzielle Vorteile ziehen und stärkt damit die Umsetzung der Erprobungsregelung. Nach Satz 3 werden in die Berechnung des Ausgabevolumens der Krankenkassen für Qualitätsverträge lediglich die Aufwendungen nach Vertragsschluss einbezogen. Nicht berücksichtigt werden damit Verwaltungskosten der Krankenkassen, die im Vorfeld z. B. für die Erarbeitung eines Vertragskonzepts, für die Suche nach Vertragspartnern sowie für Vertragsverhandlungen anfallen. Für die Überprüfung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) nach Satz 4, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nachgekommen sind, ist neben den jährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen auch die Anzahl der Versicherten entsprechend der GKV-Statistik KM1/13 für jedes Jahr relevant. Der GKV-Spitzenverband berechnet auf dieser Grundlage gemäß Satz 5 den Betrag, den eine Krankenkasse, die ihre Verpflichtung nach Satz 1 nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt hat, im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu leisten hat. Er macht diesen Betrag dann per Bescheid gegenüber der jeweiligen Krankenkasse geltend. Damit auch für das Bundesamt für Soziale Sicherung Transparenz über die Zahlungen hergestellt wird, die an die Liquiditätsreserve fließen, erhält es vom GKV-Spitzenverband nach Satz 6 jährlich zum 31. Dezember eine Aufstellung der gegenüber den Krankenkassen rechtskräftig geltend gemachten Beträge.

Zu Nummer 29 (§ 118 SGB V)

Für bestimmte Gruppen schwer und chronisch psychisch Kranker mit dringendem ambulanten Behandlungsbedarf, die in der Regel auf Grund der Art, Schwere und Dauer der Verläufe ihrer Erkrankungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulant nicht adäquat behandelt werden können, sieht § 118 eine Behandlung durch ermächtigte Institutsambulanzen vor. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Versicherten bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten regelmäßig kein hinreichendes multiprofessionelles Angebot erhalten (siehe Begründung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, Bundestags-Drucksache 14/1977, Seite 168).

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2019 mit Frist zum 31. Dezember 2020 in § 92 Absatz 6b ein Regelungsauftrag für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker erteilt. Dieser bezieht sich insbesondere auf die Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und ermächtigt den G-BA unter anderem, diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf zu konkretisieren. Durch die Versorgung nach § 92 Absatz 6b sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden. Damit sind unter anderem auch die psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen in die Versorgung einzubeziehen (siehe Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Bundestags-Drucksache 19/9770 Seite65).

Im Rahmen seiner Richtlinie wird der G-BA daher auch zum Versorgungsspektrum und zur Rolle der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen in der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturieren Versorgung Regelungen zu treffen haben. Vor diesem Hintergrund werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, den Vertrag nach § 118 Absatz 2 Satz 2 und die Vereinbarung nach § 118 Absatz 3 im Hinblick auf die neuen Richtlinienregelungen anzupassen, um den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen – neben der Erfüllung ihrer bisherigen Aufgaben – auch eine sachgerechte Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b zu ermöglichen. Hierfür können - in Abhängigkeit von den vom G-BA in seiner Richtlinie getroffenen Festlegungen – Anpassungen oder Erweiterungen hinsichtlich des Patientenzugangs, der Behandlungsindikationen und Einschlusskriterien, der Leistungsinhalte und der Vorgaben zur Zusammenarbeit erforderlich werden. Durch die Anpassung wird gewährleistet, dass das Versorgungsspektrum in den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen den Vorgaben der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b entspricht, und dass die psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b teilnehmen können. Um eine zügige Umsetzung der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b zu erreichen, wird den Vertragspartnern eine gesetzliche Frist für die Vertragsanpassung gesetzt. Die Anpassung ist spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA vorzunehmen.

Für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 1, die ebenfalls in die Versorgung nach § 92 Absatz 6b einzubeziehen sind und für die daher die Richtlinie des G-BA ebenfalls maßgeblich ist, sind konkretisierende Vorgaben wie bisher vom Zulassungsausschuss im Ermächtigungsbescheid zu treffen.

Zu Nummer 30 (§ 120 SGB V)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die ambulanten Notfalleistungen gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich in die Grundnorm zur Vergütung der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen aufgenommen. Die in Notfällen erbrachten Notfalleistungen der genannten Leistungserbringer werden bereits bisher nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (siehe z. B. Urteil vom 12. Dezember 2012, Aktenzeichen B 6 KA 3/12 R) aus der Gesamtvergütung sowie entsprechend den Gebührenordnungspositionen nach Abschnitt 1.2 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM) vergütet. Zuständig für die Beschlussfassung über die Regelungen im EBM für die Versorgung im Notfall und Notdienst ist der Bewertungsausschuss in seiner um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzten Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a.

Zu Buchstabe b

Die Vergütung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser wird neu im § 120 Absatz 3b geregelt. Zukünftig erfolgt eine Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung durch Notfallambulanzen unter der Bedingung, dass nach Durchführung des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellenden und den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellenden Ersteinschätzungsverfahrens die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit feststeht. Ziel der Regelung ist die bessere Koordination bei der Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument, mit dem ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten entweder der Behandlung in der Notfallambulanz oder der Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Vermieden werden soll, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt und somit die vertragsärztliche Versorgung die sachgerechte Versorgungsebene darstellt. Angesichts des Regelungsziels, vertragsärztlich zu versorgende Patientinnen und Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuführen, wird das Verfahren in der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entwickelt. Bei dem Verfahren handelt es sich um ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem, welches beim ersten Kontakt zwischen dem Hilfesuchenden, der die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, und dem Krankenhauspersonal zum Einsatz kommt. Durch Anwendung dieses Verfahrens wird eindeutig und für alle Beteiligten verbindlich festgestellt, dass es sich um einen ambulant zu behandelnden Notfall nach § 76 Absatz 1 Satz 2 gehandelt hat. Hilfesuchende, die keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, können aufgrund des durch die Software vorgegebenen Umfangs der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit schneller identifiziert und haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung ausgeräumt werden.

Das Nähere zu den Formalitäten des Nachweises der Durchführung des Verfahrens sowie der Abrechnung wird ebenfalls von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.

In Zusammenhang mit dem künftig in Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorgesehenen Wegfall des Überweisungserfordernisses nach Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind die Einzelheiten zur Realisierung des sich hieran anschließenden Vermittlungsanspruchs gegenüber der Terminservicestelle zu regeln. Die Regelung muss Festlegungen zu der Frage enthalten, wie die erfolgte Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus nachgewiesen werden kann. So ist etwa denkbar, dass die Krankenhäuser den Versicherten nach durchgeführtem Ersteinschätzungsverfahren einen Vermittlungscode erteilen, mit dem die Versicherten ihre Berechtigung zur Vermittlung eines Behandlungstermins ohne Überweisungserfordernis gegenüber den Terminservicestellen nachweisen.

Hinsichtlich der Abrechnung sieht der geltende EBM bereits eine abrechnungsfähige Notfallpauschale für Krankenhäuser für die ärztliche Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme vor, die je nach Zeitpunkt der Inanspruchnahme unterschiedlich vergütet wird (EBM-Gebührenpositionen 01205 und 01207) und gegebenenfalls auch die Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung umfasst.

Zu Nummer 31 (§ 127 SGB V)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 32 (§ 130b SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Regelungen zur Fortgeltung des Erstattungsbetrages nach Wegfall des Unterlagenschutzes bzw. nach Wegfall des Patentschutzes, welche mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) in § 130b Absatz 7 Sätze 4 bis 8 eingefügt wurden, werden aus redaktionellen Gründen in einen neuen Absatz 8a überführt, um eine bessere Übersichtlichkeit des Gesetzes zu gewährleisten.

Zu Buchstabe b

Die Regelung steht im Zusammenhang mit Buchstabe a, wonach die bisherigen Regelungen des § 130b Absatz 7 Sätze 4 bis 8 aus redaktionellen Gründen in einen neuen Absatz 8a überführt werden. Nach den bereits geltenden Regelungen bleibt insbesondere der Erstattungsbetrag als Preisobergrenze bestehen, jedoch entfällt die Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b Absatz 1 oder 4 nach Wegfall des Unterlagenschutzes ersatzlos, es sei denn, die Erstattungsbetragsvereinbarung gilt aufgrund des auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes andauernden Patentschutzes weiter. Nach Wegfall des Patentschutzes entfällt auch in diesen Fällen die Erstattungsbetragsvereinbarung und es gilt lediglich der Erstattungsbetrag als Preisobergrenze nach § 78 Absatz 3a des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) fort.

In diesem Zusammenhang entfallen auch Bestandteile der Erstattungsbetragsvereinbarung, welche die Übertragung des Erstattungsbetrags auf ein anderes Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff, aber etwa anderer Dosierung, Darreichungsform oder Wirkstärke (Arzneimittelneueinführungen) regeln. Eine einfache rechnerische Übertragung des gesetzlich fortgeltenden Erstattungsbetrages auf entsprechende Arzneimittelneueinführungen ist regelmäßig nicht möglich, da Erstattungsbetragsvereinbarungen von sehr unterschiedlichen und komplexen Preisstrukturen geprägt sein können. Zudem gibt es erstattungsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen für die nur eine Packung mit einer Pharmazentralnummer auf dem deutschen Markt gemeldet ist, so dass Neuanbieter nicht erkennen können, welche Struktur der Erstattungsbetrag für den Wirkstoff hat.

In Satz 2 wird daher für Arzneimittelneueinführungen mit dem gleichen Wirkstoff geregelt, dass der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmt wird. Der pharmazeutische Unternehmer kann das Arzneimittel auch unterhalb dieses Preises abgeben. Zur Konkretisierung dieser Regelung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Satz 7 das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene. Dies ist erforderlich, da im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen unterschiedliche Kalkulationsmodelle zu einem differenzierten Erstattungsbetrag pro Milligramm bzw. pro Bezugsgröße führen können.

Nach Satz 8 veröffentlicht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 auf Grundlage der Regelungen nach Satz 7 das Kalkulationsmodell des Erstattungsbetrages nach Satz 1, einschließlich der dem fortgeltenden Erstattungsbetrag zugrundeliegenden Preisstruktur. Die Veröffentlichung erfolgt unverzüglich nach Wegfall des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels und des

Patentschutzes nach Satz 3. Die Information über das konkrete Kalkulationsmodell ist für pharmazeutische Unternehmer erforderlich, um den Abgabepreis nach Satz 2 auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmen zu können.

Zu Nummer 33 (§ 131 SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Neuregelung in § 131 Absatz 1 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene verpflichtet, einen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen. In dem Rahmenvertrag ist das Nähere über die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer zur Umsetzung der Datenübermittlung nach Absatz 4 Satz 1 und 2 zu regeln, insbesondere die zur Herstellung einer pharmakologischen-therapeutischen und preislichen Transparenz und die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktinformationen sowie das Datenformat. Ziel ist es, transparente Regelungen zu den Verantwortlichkeiten der am Datenübermittlungsprozess Beteiligten und der Beteiligung Dritter herzustellen. Des Weiteren sind an dem Rahmenvertrag die mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Verbände auf Bundesebene für die nach § 31 Absatz 1 in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte; hierzu zählen Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie stoffliche Medizinprodukte, zu beteiligen.

Die Befugnis nach Absatz 2 Nummer 1 den Rahmenvertrag auf therapiegerechte und wirtschaftliche Packungsgrößen zu erstrecken, wird aufgrund Packungsgrößenverordnung gestrichen.

Der bisherige Absatz 3 entfällt als Folgeänderung zu Absatz 1. Als öffentlich-rechtlicher Normenvertrag besitzt der Vertrag unabhängig von Mitgliedschaft oder Beitritt der pharmazeutischen Unternehmer Wirksamkeit (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 13.09.2005, Az. 2 BvF 2/03, BVerfGE 114, 196).

Als Konfliktlösungsmechanismus wird in Absatz 3 eine Schiedsstellenregelung ergänzt. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes den Rahmenvertrag nach Absatz 1 anzupassen. Kommt ein Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragsparteien innerhalb von drei Monaten festgesetzt. Die Schiedsstelle beteiligt in dem Verfahren auch die Verbände nach Absatz 1 Satz 4. Daneben hat das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, eine Frist zum Vertragsabschluss oder zur Vertragsanpassung zu setzen, die bei erfolglosem Ablauf ebenfalls ein Schiedsstellenverfahren in Gang setzt. Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Zu Buchstabe b

Absatz 3a regelt die Kündigungsfrist und die Fortgeltung des Rahmenvertrags für die Vertragsparteien.

Zu Buchstabe c

Bei der Ergänzung von Satz 3 handelt es sich um eine Klarstellung. Durch die Ergänzung im neuen Satz 6 wird klargestellt, dass die Regelungskompetenz bei den Vertragspartnern nach § 129 Absatz 2 liegt. Der neue Satz 8 regelt die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer, die Vertragspartner über neue Sachverhalte im Rahmen des Korrekturverfahrens zu informieren. Es handelt sich um eine technische Verfahrensanforderung, die für

eine erneute Anpassung von korrigierten Datenfeldern erforderlich ist. Im Übrigen handelt es sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 34 (§ 136a SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird durch Anfügung eines weiteren Absatzes in § 136a vom Gesetzgeber ausdrücklich aufgefordert, einheitliche Regelungen zur Information der Öffentlichkeit insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche in einer Richtlinie der Selbstverwaltung vorzugeben. Mit der Regelung bleiben nach anderen Vorschriften bestehende Ermächtigungen des G-BA zur Datenverarbeitung und Information unberührt.

Mit der Regelung wird der G-BA in Satz 1 beauftragt, eine Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung zu erlassen, die einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden festlegt. Die Regelung erfasst neben den zugelassenen Krankenhäusern sowohl die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie die ermächtigten Einrichtungen (vgl. § 95 Absatz 1).

Mit dieser Norm werden die bestehenden Regelungsaufträge nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 (Qualitätsbericht) sowie nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummern 5 und 6 (Qualitätsportal) ergänzt. Die Richtlinie soll erstmals bis zum 31. Dezember 2022 erlassen werden. Die bestehenden Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Absätze 6 und 7 sowie § 137a Absatz 3 Nummern 5 und 6 bleiben unberührt.

Gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) damit beauftragt werden, auf der Grundlage geeigneter Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und allgemeinverständlich zu veröffentlichen. Hierbei sollen auch Vorschläge einbezogen werden, wie auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten die Qualität in der stationären Versorgung dargestellt werden kann (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 6). Der G-BA hat am 17. Januar 2019 einen entsprechenden Auftrag erteilt (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3650/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_Veroeffentlichung-Uebersichten-stationaer.pdf). Gegenstand des Auftrags sind auch temporäre Sonderveröffentlichungen zu den Themen planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen im Rahmen des Gesamtkonzepts. Der Bericht des IQTIG soll bis zum 31. Dezember 2021 vorliegen.

Der G-BA soll im Anschluss an die Berichtserteilung durch das IQTIG auf der Grundlage dieser Ergebnisse eine Richtlinie beschließen, in der einheitliche Anforderungen für eine allgemeinverständliche Information der Öffentlichkeit über die Qualität in der Versorgung insbesondere durch die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten festgelegt werden.

Grundlage für die Information der Öffentlichkeit sind diejenigen Daten, die nach Richtlinien und Beschlüssen des G-BA sowie Vereinbarungen nach § 137d für Zwecke der Qualitätssicherung nach Maßgabe des § 299 bereits erhoben wurden und damit beim G-BA oder bei durch ihn bestimmten Datenempfängern (insbesondere IQTIG) vorliegen. Mit der Regelung wird keine Befugnis geschaffen, weitere oder andere Daten zum Zweck der Veröffentlichung zu erheben, denn für den Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung dürfen nur Daten verarbeitet werden, die bereits für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 erhoben und verarbeitet wurden. Insoweit entsteht für die Leistungserbringenden kein weiterer Aufwand. Vielmehr wird die ausdrückliche Befugnis für den G-BA geschaffen, in einer Richtlinie zu regeln, dass Auswertungsergebnisse aus der Verarbeitung

der für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 bereits erhobenen Daten zum Zweck der Verbesserung der Qualität in der Versorgung veröffentlicht werden.

In seiner Richtlinie hat der G-BA gemäß Satz 2 Inhalt, Art und Umfang der für den Zweck der Information der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung zu verarbeitenden Daten in dem maßgeblichen Versorgungsbereich genau festzulegen. Dabei ist ausschließlich auf Daten zurückzugreifen, die bereits für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 erhoben und verarbeitet worden sind. Sofern für den neuen Zweck der Information der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung weitere Auswertungsschritte und Plausibilisierungsregelungen erforderlich sind, sind auch diese zu bestimmen. Darüber hinaus hat der G-BA die verarbeitenden Stellen festzulegen sowie Näheres zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu regeln.

Die jeweilige Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichen Auswertungsergebnisse für den Zweck der Information der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung sind nach Satz 3 in der vom G-BA zu erlassenden Richtlinie zu bestimmen. Der G-BA wird im Einzelnen zu prüfen und darzulegen haben, welche Auswertungsergebnisse in welcher Form im Sinne einer Erforderlichkeit zur Zweckerfüllung veröffentlicht werden sollen. Soweit personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit nach § 91 Absatz 5a Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 94 zur Rechtsprüfung vorzulegen.

Die Veröffentlichung hat nach Satz 4 einrichtungsbezogen zu erfolgen. Die Neuregelung ermöglicht es über die etablierte Qualitätsberichterstattung hinaus, weitere und aktuellere Datengrundlagen auch in anderen Versorgungsbereichen für die gezielte einrichtungsvergleichende Information der Öffentlichkeit zu nutzen und beschränkt sich nicht auf ein jährliches Format. Durch die Verpflichtung zu einer regelmäßigen Veröffentlichung soll sichergestellt werden, dass die Auswertungsergebnisse fortlaufend aktualisiert werden.

Mit der Neuregelung soll für den G-BA ein Instrument geschaffen werden, die Öffentlichkeit regelmäßig und einrichtungsvergleichend über die Erfüllung von Qualitätskriterien durch Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der nach § 299 verarbeiteten Daten zu informieren. Damit wird die bestehende Qualitätsberichterstattung sinnvoll ergänzt. Auch der Qualitätsberichterstattung liegen die nach Maßgabe des entsprechenden G-BA-Beschlusses erhobenen Daten zugrunde. Die Qualitätsberichte sind jährlich von den Krankenhäusern sowie dem G-BA und den Landesverbänden der Krankenkassen zu veröffentlichen. Die Vorschriften über den Qualitätsbericht bleiben von dieser Regelung unberührt, damit das etablierte Verfahren weiterhin durchgeführt wird und die nach den entsprechenden Regelungen erhobenen Daten weiter nach § 136b Absatz 7 Satz 2 sowie als Grundlage für die erweiterte Information nach dieser Vorschrift genutzt werden können. Anders als im Rahmen der Qualitätsberichterstattung sollen mit dieser Neuregelung unterjährig einrichtungsbezogene Vergleiche auf der Grundlage der dem G-BA bzw. dem beauftragten IQTIG vorliegenden Auswertungsergebnisse in festzulegenden Leistungsbereichen veröffentlicht werden können.

Die Maßnahme ist geeignet und erforderlich, um mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen. Die Veröffentlichung einrichtungsvergleichender Übersichten in einer für die Allgemeinheit verständlichen und zugänglichen Form unterstützt Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Auswahlentscheidung für Leistungserbringende. Wenn die Öffentlichkeit über die Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungserbringenden in ausgewählten Versorgungsbereichen in einer Weise informiert wird, dass dies Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen ermöglicht, ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Pa-

tienten die Unterschiede bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei den Leistungserbringenden mit der Neuregelung weiter stetig verbessern werden.

Die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser erfolgt in einem jährlich zu veröffentlichenden Format, das sich lediglich auf die jeweilige Einrichtung bezieht. Diese Art der Qualitätsberichterstattung beschränkt sich zudem auf den stationären Bereich und auf die für die Qualitätsberichte erhobenen Daten. Die Regelung in § 136b Absatz 7 Satz 2 lässt zwar vergleichende Empfehlungen an Versicherte zu. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die bestehenden Regelungen nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit umfassender und gezielter auch unterjährig sowie einrichtungsvergleichend über Qualitätsunterschiede auch in Bereichen der ambulanten Versorgung sowie anhand weiterer für Patientinnen und Patienten wesentlichen Qualitätskriterien zu informieren (beispielsweise die Erfüllung von Mindestmengen oder planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie Ergebnisse von Strukturabfragen). Hierzu bedarf es des mit der Neuregelung vorgesehenen Auftrages an den G-BA, das Nähere zu den einheitlichen Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und zugelassenen Krankenhäuser zu regeln. Aufgabe des G-BA ist es dabei insbesondere, geeignete und erforderliche Qualitätskriterien festzulegen, über die die Öffentlichkeit durch einrichtungsvergleichende Auswertungsergebnisse zu informieren ist.

Die Regelung ist verhältnismäßig. Die Maßnahme berührt die Berufsfreiheit der vertragsärztlichen Leistungserbringenden und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowie den Schutz ihrer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse. Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind auch bei den zugelassenen Krankenhäusern zu schützen. Das Interesse an einer einrichtungsbezogenen und vergleichenden Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 verarbeiteten Daten zum Zweck der Förderung der Transparenz und Verbesserung der Qualität in der Versorgung im Interesse der Informationsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten überwiegt insoweit die schützenswerten Interessen der Leistungserbringenden.

Wenn Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der etablierten und für sie verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, ist dies eine Angabe, die ihre berufliche Tätigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung betrifft. Diese Angabe kann in Abwägung mit den Interessen der Versicherten an Transparenz über die Qualität in der medizinischen Versorgung nicht als höherrangig zu schützende leistungserbringerbezogene Information oder Betriebs- und Geschäftsgeheimnis angesehen werden. Eine nicht einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse bezüglich der Erfüllung der Qualitätskriterien könnte den Interessen der Versicherten an einer einrichtungsvergleichenden Information über die Qualität der Versorgung hingegen nicht ausreichend Rechnung tragen.

Neu an dieser Regelung ist, dass die nach bestehenden Richtlinien und Beschlüssen erhobenen und geprüften Daten zum Zweck der Information der Öffentlichkeit einrichtungsbezogen und vergleichend ausgewertet und veröffentlicht werden sollen. Dabei obliegt es dem G-BA, in seiner Richtlinie einen hohen Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten und die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen anzulegen, so dass die Informationen objektiv und sachlich richtig sind. Patientinnen und Patienten haben ein schützenswertes Interesse an einer einrichtungsvergleichenden Information und Aufklärung über die Qualität in der maßgeblich solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung, die dem Schutz ihrer Gesundheit und ihres Lebens dienen. Vergleichende einrichtungsbezogene Veröffentlichungen über die Erfüllung von Qualitätskriterien können zudem bewirken, dass der Wettbewerb um mehr Qualität in der medizinischen Versorgung

gestärkt wird. Wenn die vertragsärztlichen Leistungserbringenden und zugelassene Krankenhäuser die erforderlichen Qualitätskriterien erfüllen und qualitativ hochwertigere Leistungen erbringen, wird der Schutz der Patientinnen und Patienten weiter verbessert.

Mit Satz 5 wird untersagt, dass mit der einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse versichertenbezogene Daten veröffentlicht werden. Denn eine Veröffentlichung dieser Daten ist für den mit der Neuregelung verfolgten Zweck nicht erforderlich und würde in das Recht der betroffenen Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung ohne rechtfertigenden Grund eingreifen.

Nach Satz 6 soll der G-BA die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 berücksichtigen. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der G-BA entsprechend dem an das IQTIG erteilten Auftrag zunächst Auswertungen und Veröffentlichungen aufgrund der nach der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie der Ergebnisse von Strukturabfragen im stationären Bereich vorsehen wird, die sich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche eignen.

Zu Nummer 35 (§ 136b SGB V)

In § 136b werden erforderliche Anpassungen an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung im Krankenhaus vorgenommen. Neben einer Förderung der Qualitätsverträge werden insbesondere Änderungen sowie Klarstellungen zur Förderung der Mindestmengen als Qualitätssicherungsmaßnahme vorgenommen. Bereits mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes zum 1. Januar 2016 wurde der bestehende gesetzliche Auftrag an den G-BA, Beschlüsse zur Regelung von Mindestmengen zu fassen, im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung angepasst. Daneben wurden auch in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festzulegende Bestimmungen vorgegeben sowie Regelungen zur Prognoseerstellung und deren Widerlegung gefasst. In den Regelungen erfolgen nun weitere erforderliche Ergänzungen und Klarstellungen, die insbesondere die rechtssichere Umsetzung der Prognoseentscheidungen unterstützen.

Zu Buchstabe a

Hier werden die vom G-BA zu fassenden Beschlüsse zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern konkretisiert.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Befugnis des G-BA, insbesondere Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen bei nachgewiesener hoher Qualität vorzusehen, wird aufgehoben (siehe dazu unter Buchstabe b).

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung erhält der G-BA den Auftrag in den Jahren 2021 bis 2023 vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, bei denen Qualitätsverträge nach § 110a erprobt werden sollen. Zusammen mit den vier bereits durch Beschluss vom 18. Mai 2017 festgelegten Leistungsbereichen wird damit die Erprobung von Qualitätsverträgen bei acht unterschiedlichen Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätsverträge ermöglicht. Damit kann ein größeres Spektrum der Versorgung in die Erprobung einbezogen werden. Dies ist erforderlich, weil die Erprobung bisher sehr zögerlich verlaufen ist. Hinzu kommt, dass sich die geschlossenen Verträge bis jetzt überwiegend auf einen der vom G-BA festgelegten Leistungsbereiche nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beziehen. Der G-BA kann unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen deshalb weitere Leistungen oder

Leistungsbereiche auswählen, bei denen er insbesondere im Hinblick auf ihre Versorgungsrelevanz für Patientinnen und Patienten sowohl bei Krankenkassen als auch bei Krankenhäusern ein Interesse am Abschluss von Qualitätsverträgen erkennt. Bei der Auswahl ist vom G-BA im Hinblick auf seine Verpflichtung zur Evaluierung der Qualitätsverträge insbesondere zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in den von ihm bestimmten Bereichen eine aussagefähige Evaluierung ermöglichen sollten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2228) vorgesehenen Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen stehen unerwartete Umsetzungs Hindernisse entgegen. So haben Entwicklungsaufträge des G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kein überzeugendes Konzept für eine in den nächsten Jahren umsetzbare Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen ergeben. Auch einbezogene Fachexperten haben Zweifel daran geäußert, dass die Zu- und Abschläge unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen als Instrumentarium zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden sollten. Der verbleibende Entwicklungsaufwand sei groß nicht nur in Bezug auf mögliche geeignete Qualitätsindikatoren, sondern auch im Hinblick z. B. auf die erforderliche Aktualität der potentiell heranzuziehenden Datengrundlage. Die qualitätsorientierten Zu- und -Abschläge sind nach Einschätzung des G-BA daher auf absehbare Zeit nicht rechtssicher umsetzbar. Gleichzeitig seien Fehlanreize wie etwa eine unerwünschte Risikoselektion in der Versorgung zu befürchten. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich aus diesen Gründen mehrheitlich für den Verzicht auf die Qualitätszu- und -abschläge ausgesprochen. Unter Berücksichtigung dieser Positionierung und der Feststellung, dass auch bei dem Einsatz zusätzlicher Ressourcen für weitere Entwicklungsaufträge die rechtssichere Umsetzung damit vor allem wegen des hohen Konfliktpotentials fraglich sowie die zu erzielenden Qualitätsverbesserungen ungewiss sind, wird der Auftrag an den G-BA gestrichen. Stattdessen können Anreizwirkungen der qualitätsorientierten Vergütung im Rahmen der Qualitätsverträge nach § 110a weiter erprobt werden.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 wird neu gefasst. Die Regelung mit dem neuen Satz 1 verpflichtet den G-BA nunmehr ausdrücklich, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festlegung bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich zu prüfen und darüber zu entscheiden. Um ein effizientes, strukturiertes und zügiges Beratungsverfahren von Mindestmengen zu fördern, ist für die Beratung und Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils eine gesetzliche Frist von zwei Jahren vorgegeben. Die Frist beginnt mit Plenumsbeschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens und endet mit dem Beschluss des G-BA zur (Nicht-) Festlegung einer neuen oder zur Anpassung oder Bestätigung einer bereits bestehenden Mindestmenge. Über die Einhaltung der Fristen hat der G-BA dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages jährlich gemäß § 91 Absatz 11 zu berichten (siehe dazu Begründung zu § 91 Buchstabe b).

In Satz 2 Halbsatz 1 erhält der G-BA die Befugnis, für die Zulässigkeit der Erbringung bestimmter Eingriffe vorzusehen, dass neben der konkreten Mindestmenge dieses Eingriffs auch eine oder mehrere Mindestmengen weiterer Eingriffe erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass die Verknüpfung wahrscheinlich eine Risikominimierung für die Patientinnen und Patienten bewirkt. Eine verknüpfende Regelung erscheint insbesondere fachlich erforderlich bei Eingriffen am selben Knochen, Organ oder Gelenk, bei denen jeweils die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. So könnte beispielsweise die Zulässigkeit der Erstimplantation einer Prothese davon abhängig gemacht werden, dass die Einrichtung neben der für die Erstimplantation geltenden Mindestmenge auch Erfahrung bei dem Revisionseingriff am selben Gelenk durch Erfüllung der geltenden Mindestmenge darlegt, dies gilt entsprechend vice versa. Hier dient die Verknüpfung von Mindestmengen ähnlicher Leistungen der Akkumulation erforderlicher Erfah-

rung. Weiterhin erscheint eine Verknüpfung auch erforderlich, wenn bei einem Krankheitsbild typischerweise zwischen mehreren Eingriffen ausgewählt wird. In diesem Fall könnten parallel zu erfüllende Mindestanforderungen bei diesen Behandlungsalternativen die fachlich richtige Indikation unterstützen. Denn hier besteht die Gefahr, dass ein Krankenhaus im Übrigen tendenziell den Eingriff indiziert, den es durchführen darf und nicht ggf. den im konkreten Fall besser geeigneten Eingriff, der aber in einer anderen Einrichtung durchgeführt werden müsste, weil die Einrichtung die dafür festgelegte Mindestmenge nicht erfüllt hat.

In Satz 2 Halbsatz 2 erhält der G-BA die Aufgabe, soweit es fachlich geboten ist, Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität in die Mindestmengenregelung aufzunehmen. Von dieser Möglichkeit soll der G-BA insbesondere dann Gebrauch machen, wenn die Erarbeitung einer eigenständigen Strukturrichtlinie vor dem Hintergrund der geringen Anzahl an relevanten Anforderungen unverhältnismäßig wäre, aber die Struktur- und Prozessanforderungen ergänzend zur Mindestmenge der Patientensicherheit wahrscheinlich wesentlich dienen würde. Dass bereits in der Mindestmengenfestlegung entsprechende notwendige Mindestanforderungen aufgenommen werden können, kann zudem zeitaufwändige Beratungsprozesse zu gesonderten Richtlinienfestlegungen ersparen. Zudem ist sichergestellt, dass Mindestmenge und flankierende Mindestanforderungen aufeinander inhaltlich und zeitlich abgestimmt beschlossen werden. Sofern der G-BA von dieser Befugnis Gebrauch macht, hat dieser sicherzustellen, dass die Regelungen zu den Mindestanforderungen gemäß § 94 Absatz 1 SGB V vorgelegt werden da es sich bei diesen Inhalten um Richtlinienregelungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V handelt.

Im neuen Satz 3 wird der Ausnahmetatbestand, „um unbillige Härten, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge“ zu verhindern, aufgehoben. Mindestmengen gemäß § 136b SGB V zielen auf die Sicherstellung einer basalen Behandlungsqualität - also ein Mindestmaß an Qualität. Mindestmengen dienen damit insbesondere der Verhinderung gravierender patientensicherheitsrelevanter Endpunkte, wie Mortalität oder schwerer Komplikationen. Eine Abwägung mit den grundrechtsrelevanten Erwerbsinteressen der Krankenhäuser führt bei bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge, zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit, zu einer Streichung der Ausnahmeregelung. Methodisch ist der Nachweis hoher Qualität bei unterhalb der bisher geregelten Mindestmengen überdies nicht zu erbringen. Die geltenden Mindestmengen sind so niedrig festgelegt, dass eine Einrichtung, die eine Leistung unterhalb einer Mindestmenge erbringt, für diese eine hohe Qualität statistisch nicht nachweisen kann. Qualitativ unauffällige Leistungen sind bei entsprechend niedrigen Fallzahlen statistisch lediglich als „zufällig gut“ zu bewerten. Der G-BA hat den nunmehr gestrichenen Ausnahmetatbestand daher bisher auch für keine der geltenden Mindestmengen vorgesehen und entsprechend keine Festlegungen in der Mindestmengenregelung getroffen. Die damit bisher leerlaufende Ausnahmeregelung wird aus diesen Gründen gestrichen.

Weiterhin möglich bleiben Übergangsregelungen und Sonderregelungen für die erstmalige oder erneute Erbringung mindestmengenrelevanter Leistungen durch Krankenhäuser. Der G-BA hat diesbezüglich bereits das Nähere in seiner Mindestmengenregelung normiert.

Der neue Satz 4 entspricht § 136b Absatz 3 Satz 3 a.F.

Nach Satz 5 wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Antragsrecht auf Festlegung einer Mindestmenge eingeräumt. Die Regelung ermöglicht dem BMG die Beratung über Mindestmengenfestlegungen für Leistungen anzustoßen, die im G-BA bisher nicht berücksichtigt wurden. Das Antragsrecht ergänzt das bestehende Recht des BMG, Aufträge an das IQTIG u. a. auch für Evidenzrecherchen in Bezug auf Mindestmengenfestlegungen zu erteilen

Mit Satz 6 wird eine Übergangsregelung eingefügt. Mit dieser wird klargestellt, dass bereits laufende sowie zeitnah nach dieser Änderung des § 136b neu eröffnete Beratungsverfahren nach den bislang geltenden Regelungen zu Ende geführt werden können. Dies soll sicherstellen, dass die Beschlussfassungen im G-BA nicht verzögert werden, bis insbesondere die erforderlichen Anpassungen in der Mindestmengenregelung des G-BA und der Verfahrensordnung erfolgt sind. Entsprechend greift auch die Verpflichtung des G-BA, gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 91 Absatz 11 über die Einhaltung der Fristen zu berichten, erst für neue Beratungsverfahren.

Zu Buchstabe c

Es wird ein neuer Absatz 4 eingefügt, in welchem weitere in der Verfahrensordnung des G-BA nach § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festzulegende Bestimmungen normiert werden. Dadurch soll die Festlegung einer Mindestmenge weiter operationalisiert und transparent gestaltet werden, um eine nachvollziehbare und gleichmäßige Umsetzung zu sichern. Die Anpassungen in der Verfahrensordnung hat der G-BA dabei mit Wirkung bis spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung vorzunehmen, damit erhält der G-BA die erforderliche aber auch ausreichende Zeit für die Beratung und Beschlussfassung der Regelungen der Verfahrensordnung. Diese Regelungen bedürfen als Teil der Verfahrensordnung der Genehmigung des BMG gemäß § 91 Absatz 4 Satz 2.

Nummer 1 entspricht § 136b Absatz 3 Satz 2 a.F.

Mit der neuen Nummer 2 wird dem G-BA aufgegeben, in seiner Verfahrensordnung verbindliche Vorgaben zur Art und Weise der Festlegungen der Operationalisierung zählbarer Leistungen vorzunehmen. Bereits bisher legt der G-BA gemäß § 16 Absatz 4 8. Kapitel seiner Verfahrensordnung mittels ICD- und OPS-Kodes sowie weiterer Merkmale nach § 301 SGB V die konkret von der Mindestmenge umfassten Eingriffe in der Anlage zur Mindestmengenregelung fest. Ein Verfahren, wie diese Konkretisierung zu erfolgen hat, ist bislang hingegen nicht geregelt. Mit der Einfügung der Nummer 2 soll der G-BA nun in seiner Verfahrensordnung Vorgaben zur Art und Weise der Festlegung treffen, um ein standardisiertes und transparentes Verfahren zu etablieren.

Mit der neuen Nummer 3 hat der G-BA ein einheitliches Verfahren zur Beteiligung von Fachexperten und Fachgesellschaften zu regeln. Dies soll neben Art, Weise und Umfang der Beteiligung auch den Umgang mit möglichen Interessenkonflikten umfassen. Durch die Regelung soll gefördert werden, dass der G-BA – unter Beachtung bestehender Limitationen unterschiedlich hoher Evidenz - bei der Wissensgenerierung die gesamte Bandbreite von Erkenntnissen, bei der Festlegung mindestmengenfähiger Leistungen und der konkreten Menge nutzt.

Der G-BA ist gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 nunmehr verpflichtet, über beratene Mindestmengenfestlegungen binnen zweier Jahre zu beschließen. Um ein standardisiertes effizientes Verfahren sicherzustellen soll der G-BA geeignete Regelungen, insbesondere Vorgaben für den Ablauf eines strukturierten Beratungsverfahrens zur Festlegung von Mindestmengen nach Nummer 4, in seiner Verfahrensordnung vorgeben.

Mit Nummer 5 ergeht die Verpflichtung, in der Verfahrensordnung des G-BA das Nähere über Voraussetzungen und mögliche Inhalte von im Zusammenhang mit der Mindestmenge zu erfüllende Mindestanforderungen zu regeln, um ein transparentes und standardisiertes Verfahren sicherzustellen.

Zu Buchstabe d

Hier erfolgen Anpassungen im neuen Absatz 5.

Zu Doppelbuchstabe aa

Hier erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung in Satz 6 wird ausdrücklich klargestellt, dass Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen von den Krankenhasträgern übermittelte Prognosen widerlegen müssen, sofern begründete erhebliche Zweifel an deren Richtigkeit bestehen. Dies ist erforderlich, weil der Eindruck besteht, dass Krankenkassen teilweise im Hinblick auf etwaige aufwändige Rechtsstreitigkeiten von der Widerlegung der Prognose Abstand genommen haben. Weiterhin wird der G-BA verpflichtet, in seiner Mindestmengen-Regelung Regelbeispiele aufzunehmen, wann bei einer übermittelten Prognose begründete erhebliche Zweifel bestehen. Dies soll eine einheitliche Widerlegungs-Praxis der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auf Bundesebene fördern. Daneben erfolgt eine redaktionelle Anpassung. Die ausdrückliche Verpflichtung zur Widerlegung gilt ab der Prüfung der Prognosen über das Jahr 2023. Um dies zu unterstützen, hat der G-BA in der Mindestmengenregelung die Regelbeispiele bis zum 1. Januar 2022 zu beschließen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der neue Satz 7 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidung (Widerlegung oder Bestätigung der Prognose) auch dem G-BA standortbezogen ab dem Prognoseverfahren für das Jahr 2023 übermitteln, damit dieser seinen ihm obliegenden Verpflichtungen zur Information der Versicherten und der Öffentlichkeit nachkommen kann. Auch die Landesbehörden sollen durch die Übermittlung bei ihren hoheitlichen Planungsaufgaben unterstützt und befähigt werden, die Zulässigkeit der Leistungserbringung oder ein Leistungsverbot infolge der Mindestmengenfestlegungen bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Der neue Satz 8 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidungen über die Widerlegung der Prognose gemeinsam und einheitlich treffen und auch die Übermittlungen nach Satz 7 ebenso erfolgt. Entsprechend soll sichergestellt werden, dass die Krankenkassen und Ersatzkassen abgestimmt einheitliche Entscheidungen treffen und darüber die Planungsbehörden informieren.

Zu Doppelbuchstabe dd

Klagen haben nach § 86a Absatz 1 des Sozialgerichtsgesetzes grundsätzlich aufschiebende Wirkung. Hiervon abweichend wird durch Einfügung des Halbsatzes in Satz 10 gemäß § 86a Absatz 2 Nummer 4 Sozialgerichtsgesetz ausdrücklich gesetzlich geregelt, dass eine Klage gegen die Widerlegung der Prognose hier keine aufschiebende Wirkung hat. Dies ist sachgerecht, da Krankenhäuser derzeit während eines laufenden Klageverfahrens weiter Leistungen erbringen können, da bislang durch die Einlegung der Klage die Prognose des Krankenhasträgers wiederauflebt, auch wenn später die Klage rechtskräftig gerichtlich abgewiesen wird. Eine Abwägung mit den grundrechtsrelevanten Erwerbsinteressen der Krankenhäuser führt bei bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu einer Aufhebung des Suspensiveffektes. Die Regelung gilt für Klagen gegen die Widerlegung von Prognosen ab der Prognose für das Jahr 2023.

Zu Buchstabe e

Die Regelungen zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestands durch die Länder im alten Absatz 5 werden aufgehoben. So werden bereits bisher im Rahmen einer sogenannten Folgenabschätzung insbesondere etwaige Standortschließungen, die daraus folgenden

Umverteilungen von Patientinnen und Patienten sowie geänderte Entfernungen und Fahrzeiten wissenschaftlich erarbeitet und im Rahmen der Beschlussfassung einer Mindestmenge vom G-BA berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund führt eine Abwägung bei bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge, zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit, zu einer Streichung der Regelungen zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestandes.

Zu Buchstabe f

Der bisherige Satz 5 hat vorgegeben, dass besonders patientenrelevante Informationen in einem speziellen Berichtsteil des Qualitätsberichts zusammenzufassen sind. Zu den besonders patientenrelevanten Informationen zählen insbesondere Informationen zur Patientensicherheit einschließlich Risiko- und Fehlermanagement, zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zu Hygienestandards sowie zu Maßnahmen der Personalausstattung. Diese Informationen sieht der Gesetzgeber im Interesse der Transparenz über wesentliche Patientensicherheitsaspekte weiterhin als relevant an. Sie sollen nach den Planungen des Gemeinsamen Bundesausschusses jedoch vor allem für Patientinnen und Patienten in einem gesonderten Informationsangebot im Internet adressatengerecht aufbereitet werden. Er hat das IQTIG mit der Erarbeitung eines entsprechenden Konzepts beauftragt. Mit der Neufassung des Satzes 5 entfällt deshalb die Verpflichtung zu einem speziellen Berichtsteil (Stichwort Patientenkapitel), nicht jedoch die Verpflichtung zur Darstellung der besonders patientenrelevanten Informationen im Qualitätsbericht.

Mit der Neuregelung in § 136a Absatz 6 beauftragt der Gesetzgeber den G-BA, einheitliche Regelungen zur Information der Öffentlichkeit insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche in einer Richtlinie der Selbstverwaltung vorzugeben. Der Gesetzgeber erwartet, dass die besonders patientenrelevanten Informationen im Rahmen dieser Richtlinie ausgewertet und in einer allgemein verständlichen Form veröffentlicht werden.

Zu Buchstabe g

Hier erfolgen Anpassungen in Absatz 8.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Streichung ist zunächst eine Folgeänderung der Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, mit der vorgegeben wird, dass der G-BA zu allen Leistungen oder Leistungsbereichen, die er für die Erprobung von Qualitätsverträgen bestimmt, eine Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität zu beauftragen hat. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Beauftragung so zu erfolgen hat, dass die Entwicklung bereits während der Erprobungszeitraums sachgerecht erfasst werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz 3 ergänzt die Evaluationsverpflichtung des G-BA nach Satz 1 um den Auftrag, auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse, die bis zum 30. Juni 2028 vorliegen, eine Bewertung vorzunehmen und daraus abzuleitende Empfehlungen bis zum 31. Dezember 2028 zu beschließen. Die Empfehlungen sollen sich dabei auf den Nutzen der Qualitätsverträge im Einzelnen und in der Zusammenschau für die jeweilige Leistung oder den Leistungsbereich beziehen. Darüber hinaus sollen sie Aussagen zu den Wirkungen von Qualitätsverträgen insgesamt enthalten und dazu Stellung nehmen, inwieweit diese auch in Zukunft als Instrument zur Qualitätsentwicklung ermöglicht werden sollten und, ob Vorgaben zu bestimmten Rahmenbedingungen wie z. B. zur Laufzeit oder zur Transparenz der Verträge für erforderlich gehalten werden. Die Ergänzung der zeitlichen Vorgaben für die Empfehlungen trägt dem Umstand Rechnung, dass der Qualitätsvertrag nach § 110a als Instrument zur Qualitätsentwicklung erprobt wird, es sich demnach um eine vorübergehende Aufgabe handelt. Daher ist es notwendig eine Zeitschiene zu bestimmen, in der die

Erprobung abgeschlossen werden soll. Die Empfehlungen des G-BA sollen in diesem Sinne dazu dienen, eine Entscheidung des Gesetzgebers über die Zukunft von Qualitätsverträgen vorzubereiten.

Um deutlich zu machen, dass erfolgreiche Maßnahmen aus Qualitätsverträgen eine Perspektive zur Übernahme in die Regelversorgung besitzen können, wird dem G-BA mit dem neuen Satz 4 aufgegeben, im Beschluss über die Empfehlungen zu den Evaluationsergebnissen auch darzulegen, inwieweit er beabsichtigt, diese in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 zu übertragen. Der G-BA hat danach zu prüfen und darzustellen, inwieweit Maßnahmen, die in den evaluierten Qualitätsverträgen zu Verbesserungen der Versorgung geführt haben, z. B. in allgemeine Struktur- oder Prozessvorgaben übernommen werden sollen. Damit wird für qualitätsverbessernde Innovationen aus Qualitätsverträgen ein direkter Weg in die Regelversorgung gebahnt.

Mit dem neuen Satz 5 erhält der G-BA die Aufgabe, ab dem Jahr 2021 während der Erprobung jährlich durch Veröffentlichungen Transparenz darüber herzustellen, welche Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen Qualitätsverträge abgeschlossen haben. Damit wird auch nach außen sichtbar gemacht, inwieweit sich Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen entsprechend des gesetzlichen Auftrags für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität einsetzen und ihren Versicherten Versorgungsangebote im Rahmen von Qualitätsverträgen machen. Die Veröffentlichung hat nach der Regelung auch die Information über die Krankenhäuser sowie die Leistungen oder Leistungsbereiche, für welche die Qualitätsverträge vereinbart sind, sowie deren Vertragslaufzeiten zu umfassen.

Nach Satz 6 hat das IQTIG (Institut nach § 137a) dem G-BA die notwendigen Daten für diese Veröffentlichungen zu übermitteln. Das Institut ist nach Satz 1 vom G-BA mit der begleitenden Evaluation der Qualitätsverträge und in diesem Rahmen mit der Erfassung der entsprechenden Angaben beauftragt.

Zu Buchstabe h

Bei der Aufhebung des Absatzes 9 handelt es sich um eine Folgeänderung der Streichung des Auftrags nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 an den G-BA zu Festlegungen für qualitätsabhängige Zu- und Abschläge. Da dieser Auftrag entfällt, sind auch die konkretisierenden Vorgaben aufzuheben.

Zu Nummer 36 (§ 137 SGB V)

Zu Buchstabe a

Bereits bisher galt für Krankenhäuser eine 100-prozentige Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Mit der Erweiterung auch auf ambulante Leistungserbringer wird ein Gleichlauf der Regelungen für die Leistungserbringer im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gefördert.

Zu Buchstabe b

Mit der Anpassung in Satz 2 wird gesetzlich verdeutlicht, dass auch die Verpflichtung der ambulanten Leistungserbringer zur Beteiligung an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch entsprechende Dokumentationspflichten umzusetzen und jede Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationsrate vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Vergütungsabschlägen zu sanktionieren ist, falls der jeweilige Leistungserbringer nicht nachweist, dass der Dokumentationsausfall unverschuldet ist.

Weiterhin möglich bleibt dem G-BA, Übergangsregelungen bei der Einführung entsprechender Regelungen zur Dokumentation vorzusehen.

Zu Nummer 37 (§ 137a SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bei der Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung auch digitale Wege zur Erhebung der Daten nutzen soll. Ob eine Patientenbefragung mittels digitaler Medien zu entwickeln ist, dürfte bereits bei der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 137b Absatz 1 Satz 1 in Abstimmung mit dem IQTIG zu klären sein. Die vorliegende Klarstellung soll die Nutzung digitaler Erhebungsmöglichkeiten unterstützen, zumal das IQTIG und der G-BA bisher die traditionelle Befragung mittels Papierfragebögen verwenden. Welches Medium besser geeignet ist, ist im Einzelfall insbesondere unter Berücksichtigung des konkret zu befragenden Patientenkollektivs zu entscheiden.

Zu Buchstabe b

Die Regelung gibt vor, dass das IQTIG bei der Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung möglichst auf vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente zurückgreifen soll. Dadurch können Ressourcen für den Entwicklungsaufwand gespart und die Vergleichbarkeit von Befragungsergebnissen auch im internationalen Kontext gefördert werden. Diese können insbesondere dann genutzt werden, wenn sie methodisch gleichwertig und für den konkreten Zweck im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens geeignet sind. Dies ist vom IQTIG in Abstimmung mit dem G-BA zu prüfen. Auch bleibt unbenommen, einen vorhandenen Befragungsbogen, soweit dies als notwendig erachtet wird, für den konkreten Anwendungsfall abzuändern oder zu ergänzen. Nicht geeignet kann ein Befragungsinstrument u. a. dann sein, wenn die Nutzung der Befragungsergebnisse durch den G-BA durch Rechte Dritter an diesem Befragungsinstrument eingeschränkt wäre.

Zu Nummer 38 (§ 137d SGB V)

Mit den Ergänzungen in § 137d Abs. 1 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) berechtigt und verpflichtet, einrichtungsbezogene Daten aus dem Qualitätssicherungsverfahren Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha-Verfahren) zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung der Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll Versicherten ermöglichen, verschiedene Rehabilitationseinrichtungen zu vergleichen und so ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver auszuüben. Die Veröffentlichung soll daneben insbesondere auch Angehörigen sowie Ärztinnen und Ärzten eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglichen.

Mit der Regelung im neuen Satz 2 wird die für das QS-Reha-Verfahren bestimmte Auswertungsstelle befugt und verpflichtet, die Qualitätsergebnisse an den GKV-SV zu übermitteln, damit dieser die Veröffentlichung vornehmen kann. Bei den zu veröffentlichenden Auswertungen der Qualitätserhebungen handelt es sich um einrichtungsbezogene Daten der Rehabilitationseinrichtungen. Personenbezogene Daten der Versicherten sind von der Regelung nicht umfasst.

Im neuen Satz 3 wird der GKV-SV befugt und verpflichtet, die Ergebnisse in einer laienge-rechteren Form, leicht zugänglich im Internet zu veröffentlichen. Hierzu könnten etwa die Qualitätssynopsen, die bereits Bestandteil der Ergebnisberichte des QS-Reha-Verfahrens sind, veröffentlicht werden. Um eine Verständlichkeit für die Allgemeinheit zu unterstützen, sollten die Ergebnisse der Qualitätssicherung erläutert werden, beispielsweise durch Leseanleitungen.

Der neue Satz 4 enthält in Anlehnung an die Transparenzregelung für Krankenhäuser nach den §§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, Absätze 6 und 7 bzw. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 sowie die Neuregelung in § 136a Absatz 6 die (Soll-)Verpflichtung des GKV-SV Qualitätsmerkmale, soweit dies insbesondere unter methodischen Gesichtspunkten möglich ist, auch vergleichend darzustellen. Hierbei soll der GKV-SV insbesondere über die Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen informieren, die für Rehabilitanden ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl einer passenden Einrichtung sein kann. Es steht ihm zur Umsetzung der neuen Veröffentlichungspflichten dabei frei, sich insbesondere für die laiengerechte Aufbereitung der Auswertungen externe Expertise einzuholen. Perspektivisch können zudem die laiengerechte Aufbereitung der Qualitätsergebnisse in einer suchfähigen Datenbank sowie eine Bereitstellung der Daten in einem suchmaschinenfähigen Datenformat für Dritte sinnvoll sein.

Den maßgeblichen Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation wird im neuen Satz 5 die Möglichkeit gegeben, sich zu den vom GKV-SV vorgesehenen Veröffentlichungen sowie der vergleichenden Darstellung der Qualitätsergebnisse zu äußern. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit einzelnen Auswertungsergebnissen der Rehabilitationseinrichtungen ist von der Regelung nicht umfasst.

Die Stellungnahmen sind nach dem neuen Satz 6 bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung sowie der vergleichenden Darstellung miteinzubeziehen. Das bedeutet, dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Argumenten zu erfolgen hat, wobei das Letztentscheidungsrecht über die Inhalte, Art und Umfang der Veröffentlichung beim GKV-SV liegt.

Zu Nummer 39 (§ 137f SGB V)

Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum [einfügen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Monats] ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP Adipositas) zu entwickeln. Hierzu hat er in seinen Richtlinien die entsprechenden Anforderungen an die Ausgestaltung der neuen Behandlungsprogramme zu regeln.

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und das Gesundheitssystem als Ganzes vor enorme Herausforderungen stellt. Ein krankhaftes Übergewicht bzw. eine Adipositas besteht, wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße ein bestimmtes Maß überschreitet. Die WHO hat die Adipositas erstmalig im Jahr 2000 erstmalig als Krankheit anerkannt. Auch in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist die Adipositas entsprechend ihrer Ausprägung in drei Schweregrade (Grad I bis III) hinterlegt. Gleichzeitig ist die Adipositas ihrerseits Risikofaktor für die Entstehung weiterer Krankheiten. So ist das Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, besonders hoch. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebsleiden gehören zu den möglichen Begleit- und Folgeerkrankungen einer Adipositas.

Bereits 2015 waren laut Erhebungen des Robert Koch-Instituts fast 20 % der erwachsenen Bevölkerung oder hochgerechnet mehr als zehn Millionen gesetzlich Versicherte von Adipositas betroffen. Das Erkrankungsbild ist komplex, geht jedoch häufig gleichzeitig mit einer hohen Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch die Betroffenen einher. Vor diesem Hintergrund betonen alle von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) veröffentlichten evidenzbasierten (S3-)Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas die Wichtigkeit einer interdisziplinären Betreuung der Betroffenen. Zu der leitlinienkonformen Adipositastherapie gehören individuelle und

Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion.

Die Versorgungsrealität wird jedoch den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit Adipositas oftmals nicht gerecht. Eine mangelnde Vernetzung einzelner Leistungserbringer sowie eine unzureichende Anleitung und Motivation zur Eigeninitiative führen zu Unter- und Fehlversorgung mit entsprechenden medizinischen und ökonomischen Folgen. Von einer individuellen und interdisziplinären Behandlung unter Berücksichtigung verhaltensmodifizierender, medikamentöser und nötigenfalls auch chirurgischer Interventionen profitiert dagegen bisher nur eine kleine Minderheit der Betroffenen.

Eine bedarfsgerechte Therapie kann Schäden durch Folge- und Begleiterkrankungen bei Patientinnen und Patienten reduzieren und Gesundheitskosten senken. Es ist deshalb wichtig, dass Betroffene eine frühe und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten.

Auch der Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Start einer Nationalen Diabetes-Strategie – Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland und Versorgung des Diabetes mellitus zielgerichtet weiterentwickeln“ (BT-Drs. 19/20619), der am 3. Juli 2020 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde, enthält die Forderung nach einer Sicherstellung einer individuellen, multimodalen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Adipositas.

Die Entwicklung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können. Im Rahmen des DMP ist insbesondere die leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas zu regeln. Hierzu gehören insbesondere qualifizierte multimodale und multiprofessionelle konservative sowie chirurgische Therapien, einschließlich modularer Schulungsprogramme.

Die im bisherigen Satz 3 in § 137f Absatz 1 enthaltenen Vorgaben an den G-BA zur Entwicklung weiterer DMP, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, können entfallen, da der G-BA ihnen zwischenzeitlich nachgekommen ist.

Zu Nummer 40 (§ 137i SGB V)

Bereits bisher galten Pflegepersonaluntergrenzen nach Satz 6 nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da für diese der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einschlägige Mindestvorgaben gem. § 136a Absatz 2 Satz 1 festgelegt hat. Die Regelung wird nun durch Einfügung des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 insofern erweitert, als dass die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i auch dann nicht gelten, soweit der G-BA insgesamt Mindestanforderungen an das Pflegepersonal normiert. Mit der Ergänzung wird auch klargestellt, dass die Aufgabenzuweisung in § 137i SGB V die Befugnis des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht beschränkt.

Zu Nummer 41 (§ 137j SGB V)

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern werden die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten sowie die standortbezogene Zusammensetzung des eingesetzten Pflegepersonals gegliedert nach Berufsbezeichnungen künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021, barrierefrei veröffentlicht. Der Pflegepersonalquotient beschreibt das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus

anfallenden Pflegeaufwand. Durch die Veröffentlichung einer vergleichenden Zusammenstellung der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten wird für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu seinem jeweiligen Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Damit wird die Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern in den Vordergrund gerückt. Gleichzeitig wird Verlässlichkeit und Planungssicherheit für die Krankenhäuser geschaffen, indem die bisher vorgesehene Sanktionierung für das Budgetjahr 2020 aufgehoben und der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze künftig gemeinsam mit der Festlegung einer Untergrenze in einer Rechtsverordnung bestimmt wird. Zudem wird die Anzahl des bei der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten zu Grunde zu legenden Pflegepersonals dahingehend näher bestimmt, dass nicht examiniertes Pflegepersonal nur anteilig Berücksichtigung finden soll.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten sind für die Zahl der zu berücksichtigenden Vollzeitkräfte die dem InEK nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen. Die Änderung stellt klar, dass das Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal bei der Zahl der anzurechnenden Vollzeitkräfte nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt wird, um dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau des in der Pflege eingesetzten Personals Rechnung zu tragen. Demgegenüber ist das Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in voller Höhe einzubeziehen. Als Pflegefachpersonal ist das Pflegepersonal zu bezeichnen, das über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügt.

Durch die unterschiedliche Berücksichtigung der Pflegekräfte wird die hervorgehobene Rolle des Pflegefachpersonals für die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität bekräftigt und die Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten insgesamt gestärkt. Die Höhe des berücksichtigungsfähigen, nicht examinierten Pflegepersonals orientiert sich an dem Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Bei diesem Verfahren wurden die Verhältniszahlen auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt. In Anlehnung an dieses Verfahren erfolgt die Anrechnung des nicht examinierten Pflegepersonals bis zur Höhe der jeweils obersten Quartilgrenze der Anteile an Pflegehilfskräften bzw. sonstigem Pflegepersonal. Der über diese Quartilgrenze hinausgehende Einsatz von Pflegehilfskräften und sonstigem Pflegepersonal bleibt bei der Ermittlung der Anzahl der Pflegekräfte somit unberücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern werden die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des InEK barrierefrei bis zum 31. August eines jeden Jahres veröffentlicht. Der Pflegepersonalquotient beschreibt das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand. Durch die Veröffentlichung des Vergleichs der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten wird für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 Satz 1 umfasste bisher nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 auch die Modalitäten der Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten. Mit der nun gesetzlich vorgeschriebenen umfassenden Veröffentlichung einer vergleichenden Zusammenstellung der für den jeweiligen Standort ermittelten Pflegeperso-

nalquotienten auf der Internetseite des InEK wird die Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern in den Vordergrund gerückt. Dabei wird das bislang in den bisherigen Sätzen 8 und 9 des Absatz 1 vorgesehene Verfahren der Übermittlung der vergleichenden Zusammenstellung an die Vertragsparteien auf Bundes- und Ortsebene sowie das Bundesministerium für Gesundheit und die jeweiligen Landesbehörden aufgehoben zugunsten einer im Internet für die Allgemeinheit frei verfügbaren Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten. Damit ist für alle interessierten Personen, z.B. insbesondere für Patienten und Patientinnen im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, einsehbar, ob das jeweilige Krankenhaus im Verhältnis zu seinem Pflegeaufwand viel oder wenig Personal einsetzt.

Neben den Pflegepersonalquotienten weist das InEK nach dem neuen Satz 10 standortgenau auch die Zusammensetzung des in der Pflege am Bett eingesetzten Pflegepersonals gegliedert nach Qualifikationsniveau aus. Unter dem Gesichtspunkt der Transparenz stellen diese Daten zum Personalmix in der Pflege wichtige Zusatzinformationen dar, die darüber Aufschluss geben, in welchem Umfang ein Krankenhaus auf Pflegefachpersonal oder auf Pflegehilfpersonal bzw. sonstiges Personal zur Erfüllung pflegerischer Aufgaben zurückgreift.

Ein mit der Maßnahme verbundener Eingriff in durch Artikel 12 und 14 des Grundgesetzes geschützte Rechtsgüter der Krankenhäuser ist gerechtfertigt. Die Regelung ist geeignet und erforderlich, um mehr Transparenz und weitere Verbesserungen in der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser zu erreichen. Mit der standortvergleichenden Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten in einer für die Allgemeinheit zugänglichen Form wird insbesondere Patientinnen und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe an die Hand gegeben, die Aufschluss über die Höhe und Zusammensetzung des eingesetzten Pflegepersonals gemessen an dem jeweiligen Pflegeaufwand gibt. Darüber hinaus liefert die Veröffentlichung wichtige, neue Daten über den Pflegepersonaleinsatz in den Kliniken, die neben den zuständigen Stellen in Staat und Selbstverwaltung z.B. auch für Pflegekräfte, Wissenschaftler und weitere interessierte Personen von Belang sind. Zudem ist zu erwarten, dass sich durch die Veröffentlichung des Vergleichs der Pflegepersonalquotienten insbesondere die Krankenhäuser, deren Pflegepersonalquotient ein schlechtes Verhältnis von Pflegepersonal zu Pflegeaufwand aufweist, künftig verstärkt dafür einsetzen werden, die Pflegepersonalausstattung in ihren Häusern stetig zu verbessern. Eine auf einen bestimmten Adressatenkreis begrenzte Veröffentlichung würde der Transparenz nicht gleichermaßen Rechnung tragen wie die nun vorgesehene, für die Allgemeinheit zugängliche Publikation. Gleiches gilt für eine Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten in anonymisierter Form.

Die Regelung ist auch verhältnismäßig, da das Interesse der Allgemeinheit an einer standortbezogenen, vergleichenden Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten und des Personalmixes zum Zwecke der Förderung der Transparenz und der Verbesserung des Pflegepersonaleinsatzes in den Krankenhäusern etwaige schützenswerte Erwerbs- und Geheimhaltungsinteressen der zugelassenen Krankenhäuser überwiegt. Dem schützenswerten Rechtsgut auf körperliche Unversehrtheit der Patientinnen und Patienten wird insoweit Vorrang vor den Erwerbsinteressen der leistungserbringenden Krankenhäuser eingeräumt. Vor dem Hintergrund einer maßgeblich solidarisch finanzierten Krankenhausversorgung, die dem Schutz ihrer Gesundheit und ihres Lebens dient, haben die Bürgerinnen und Bürger ein berechtigtes Interesse an einer vergleichenden Aufstellung von Informationen über den Pflegepersonaleinsatz in den Kliniken, die auch Rückschlüsse auf die Qualität der pflegerischen Versorgung in dem jeweiligen Krankenhaus zulässt. Wenn ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung aufweist, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet sein könnte und gegebenenfalls eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Es ist anzunehmen, dass die Krankenhäuser – auch zum Erhalt der eigenen Wettbewerbsfähigkeit – Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Pflegepersonal-

ausstattung ergreifen und damit die Qualität der pflegerischen Versorgung und die Arbeitsbedingungen in der Pflege insgesamt verbessert werden, wenn die Pflegepersonalausstattung von den Patientinnen und Patienten als Auswahlkriterium herangezogen werden kann.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die in Absatz 2 enthaltene Verordnungsermächtigung verändert, indem anstatt der bisher in Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 vorgesehenen Veröffentlichungsmodalitäten nun der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze bestimmt werden kann. Die Verordnungsermächtigung für die bislang in Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 vorgesehene Veröffentlichung erübrigt sich aufgrund der nun in Absatz 1 Satz 9 und 10 gesetzlich festgelegten Veröffentlichung. Aufgrund des Sachzusammenhangs soll die Festlegung der Untergrenze und des Budgetjahres, ab dem erstmals Sanktionen nach Absatz 2a im Fall des Unterschreitens der Untergrenze zu erlassen sind, gemeinsam in einer Rechtsverordnung erfolgen.

Zu Buchstabe c

Um Verlässlichkeit und Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu schaffen, wird die in § 137j Absatz 2a Satz 1 SGB V vorgesehene Sanktionierung der Krankenhäuser im Falle der Unterschreitung einer Untergrenze für das Budgetjahr 2020 aufgehoben. Nur durch eine prospektive Ankündigung von Sanktionen wird den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, durch Maßnahmen eine etwaige Verletzung der Untergrenze zu verhindern. Den Krankenhäusern sollten ihre jeweiligen Pflegepersonalquotienten und ihr Ranglistenplatz im Vergleich zu den anderen Häusern daher bekannt sein, bevor eine Sanktionierung aufgrund des Unterschreitens einer Untergrenze erfolgt. Auch vor dem Hintergrund des pandemiebedingten Ausnahmecharakters des Jahres 2020 wird die Sanktionierung der Krankenhäuser für das Budgetjahr 2020 aufgehoben und das Nähere zur erstmaligen Sanktionierung für das Unterschreiten einer Untergrenze gemeinsam mit der Festlegung der Untergrenze in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 geregelt.

Zu Nummer 42 (§ 176 SGB V)

Die Regelung dient der gesetzlichen Anerkennung von Mitgliedschaften derjenigen Solidargemeinschaften, die bei Einführung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 zum 1. April 2007 bereits bestanden haben und zumindest seitdem ununterbrochen fortgeführt wurden. Diese privatrechtlich organisierten Solidargemeinschaften, zu denen auch sogenannte Unterstützungskassen und Pfarrvereine zählen können, unterscheiden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden. Sie haben teilweise bereits jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand. Hingegen haben die „jüngeren“ Solidargemeinschaften sich in dem Wissen um die bestehende Krankenversicherungspflicht in Deutschland gegründet und – sofern sie den nach bisheriger Rechtslage bestehenden rechtlichen Anforderungen an eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht genügen – bewusst ein rechtlich unzureichendes Konzept vertreten.

Eine Anerkennung der Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall kann nur erfolgen, wenn die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft unter Berücksichtigung der Vorgaben des Absatzes 4 nachgewiesen wird und ein Ausschlussgrund nach Absatz 5 nicht besteht. Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften anerkannt werden sollen, müssen gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung ihr ununterbrochenes Bestehen seit dem 1. April 2007 nachweisen sowie das Gutachten nach Absatz 4 vorlegen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestätigt das Vorliegen des Gutachtens und erkennt auf Antrag des Mitglieds die Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im

Krankheitsfall per Bescheid an. Die Anerkennung der Mitgliedschaft erfolgt für die Zukunft, beginnt mit Wirksamwerden des Bescheides und hat keine Rückwirkung. Mit der Anerkennung der Mitgliedschaft durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 1 kommt der jeweiligen Solidargemeinschaft die in Absatz 2 definierte Aufgabe der Krankenversicherung für ihre vorhandenen und künftigen Mitglieder entsprechend der Regelung des § 1 Satz 1 zu. Darüber hinaus gewährt Absatz 3 einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall.

Die mit dieser Regelung einhergehende Möglichkeit zur Absicherung im Krankheitsfall durch eine Mitgliedschaft in einer zumindest seit 1. April 2007 durchgängig bestandenen Solidargemeinschaft können freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie privat Krankenversicherte nutzen. Die Möglichkeit besteht somit nicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach § 5 Absatz 1 Nummern 1 bis 12 (z. B. als Arbeitnehmer) in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

Um dem bestehenden Regelungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere auch den Vorgaben für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung hinreichend Rechnung zu tragen, erfordert die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften bestimmter Solidargemeinschaften das Vorliegen eines vergleichbaren Schutzniveaus der Absicherung im Krankheitsfall.

Unabhängig von der prüfintensiven Frage, ob das Regelwerk, bzw. die Satzung der jeweiligen Solidargemeinschaft einen durchsetzbaren, auf Dauer gesicherten Rechtsanspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gewährt, begründet Absatz 3 zur Sicherstellung eines sozialstaatlich gebotenen Versorgungsniveaus einen solchen gesetzlichen Anspruch der Mitglieder auf Leistungen gegen die Solidargemeinschaft. Die Solidargemeinschaft ist gegenüber Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach Absatz 1 als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt ist, gesetzlich verpflichtet, Leistungen, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, zu erbringen bzw. zu erstatten. Dieser Leistungsanspruch besteht unabhängig vom Fortbestand der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft, solange und soweit der Leistungsberechtigte nicht eine anderweitige Absicherung nachweist. Missachtet die Solidargemeinschaft diese Leistungsverpflichtung, kann das (ehemalige) Mitglied einen entsprechenden Erstattungsanspruch gegen die Solidargemeinschaft vor den ordentlichen Gerichten geltend machen. Damit wird eine Verantwortung der Solidargemeinschaft für ihre Mitglieder anerkannt, die gleichermaßen private Krankenversicherungsunternehmen sowie die Krankenkassen für ihre Versicherten tragen müssen.

Mit dem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft sind die ehemaligen Mitglieder unabhängig von ihrem Lebensalter in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen zu versichern. Zum Schutz der bestehenden Krankenversicherungssysteme sind zwingend Mindestanforderungen an die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu stellen. Demzufolge wird gesetzlich vorgesehen, dass die Solidargemeinschaft ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungskonzept zur Sicherstellung der lebenslangen Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder durch eine neutrale und verlässliche Begutachtung nachzuweisen hat. Dem Bundesamt für Soziale Sicherung kommt die Aufgabe zu, das Vorliegen eines entsprechend qualitätsgesicherten Nachweises der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu prüfen und zu bestätigen. Ausgehend von dieser Bestätigung erkennt das Bundesamt für Soziale Sicherung auf Antrag des Mitglieds einer Solidargemeinschaft die Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch Bescheid an. Somit greift für die betroffenen Solidargemeinschaften die Erlaubnis- und Aufsichtspflicht des Versicherungsaufsichtsgesetzes nicht ein.

Mit dem Ausschluss der erneuten Anerkennung einer Mitgliedschaft zu einer Solidargemeinschaft wird verhindert, dass Mitglieder in Anbetracht einer zu erwartenden kostenintensiven Behandlung vorübergehend in die gesetzliche oder private Krankenversicherung wechseln.

Die Rechtswirkung des § 176 erstreckt sich über den Anwendungsbereich des § 5 Absatz 1 Nummer 13 hinaus auch auf alle anderen Rechtsvorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall voraussetzen (vgl. §§ 8 Absatz 2 Satz 4, 175 Absatz 4 Satz 4, 188 Absatz 4 Satz 2).

Zu Nummer 43 (§ 199a SGB V)

Die Änderung dient der Korrektur eines Redaktionsversehens.

Zu Nummer 44 (§ 206a SGB V)

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind gegenüber der zuständigen Krankenkasse verpflichtet, auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen und bei Bedarf die erforderlichen Nachweise vorzulegen (§ 206). Von besonderer Bedeutung ist die Auskunftspflicht bei der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte, weil die Krankenkasse die notwendigen Informationen zu den beitragsrelevanten Einkünften bislang nicht über bestehende elektronische Meldeverfahren, sondern nur über die Auskunft des Mitglieds vollständig erhalten kann. Das Gleiche gilt auch für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13, für die gemäß § 227 die beitragsrechtlichen Regelungen freiwilliger Mitglieder entsprechend gelten. Legt das Mitglied trotz Aufforderung keine Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen vor, hat die Krankenkasse nach § 240 Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz Höchstbeiträge festzusetzen. Die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen für die Einkommensdaten freiwillig Versicherter und Versicherungspflichtiger nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V trägt dazu bei, Beitragsschulden zu vermeiden, die durch die Festsetzung von Höchstbeiträgen wegen Nichtvorlage der erforderlichen Einkommensnachweise bei der Beitragsfeststellung entstehen. Zugleich kann dadurch erheblicher Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und bei den Mitgliedern vermieden werden. Außerdem wird hiermit ein wesentlicher Beitrag für den Prozess der Digitalisierung und damit zur Modernisierung der öffentlichen Verwaltung geleistet. Die vorgesehene Widerspruchslösung stellt sicher, dass das Mitglied frei entscheiden kann, welchen Auskunftsweg (Mitteilung durch das Mitglied selbst wie bisher oder Mitteilung durch die zuständige Finanzbehörde) es zur Erfüllung seiner bereits bestehenden gesetzlichen Auskunftspflicht gegenüber der Krankenkasse wählen möchte. Der damit verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Mitglieder und ihrer Ehegatten und Lebenspartner ist deshalb verhältnismäßig. Hinzu kommt, dass das Mitglied nach Absatz 3 nach wie vor die Möglichkeit hat, unter Inkaufnahme der Festsetzung des Höchstbeitrages eine Übermittlung des Einkommensnachweises insgesamt zu vermeiden. Die Regelung steht im Einklang mit Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung - DSGVO). Zudem wird durch die abschließende Auflistung der zu übermittelnden Daten sichergestellt, dass seitens der Krankenkassen nur solche Daten bei den Finanzbehörden abgefragt werden, die für die Beitragsbemessung tatsächlich erforderlich sind.

Zu Absatz 1

Die Regelung in Satz 1 räumt den Krankenkassen das Recht ein, auf elektronischem Weg bei den Finanzbehörden die für die Beitragsbemessung erforderlichen Daten anzufordern, zu deren Nachweis das Mitglied nach § 206 verpflichtet ist. Die zuständigen Finanzbehörden werden verpflichtet, den Krankenkassen die angeforderten Daten unverzüglich mitzuteilen.

Zur zeitlichen Einordnung und Identifizierung der Einkommensdaten für die Beitragsbemessung sind die notwendigen Informationen zum zugrundeliegenden Einkommensteuerbescheid des Mitglieds mitzuteilen. Dazu gehören Datum, der Veranlagungszeitraum nach § 25 Absatz 1 Einkommensteuergesetz sowie die Art des Steuerbescheides. Unterschiedliche Arten von Steuerbescheiden sind neben dem erstbeschiedenen Einkommensteuerbescheid auch Vorauszahlungsbescheide zur Einkommensteuer sowie Änderungsbescheide. Die Anforderung von Einkommensdaten aus Vorauszahlungsbescheiden kommt nur dann in Betracht, wenn das Mitglied zuvor einen Gewinneinbruch im Sinne von § 6 Absatz 3a und § 6a Absatz 3 der 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 18. März 2020, geltend gemacht hat.

Ein freiwilliges Mitglied hat Beiträge aufgrund seiner gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu zahlen (§ 240 Absatz 1 Satz 2, 1. Halbsatz). Die Krankenkasse benötigt daher für die Beitragsbemessung die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Beträge aller Einkommensarten, durch die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit beitragsrechtlich bestimmt wird. Die Krankenkasse darf daher im Verfahren nach Absatz 1 die in Satz 1 Nummer 1 bis 9 aufgezählten Beträge bei der zuständigen Finanzbehörde mit der Maßgabe abrufen, dass ihr diese Beträge nicht bereits durch andere Meldeverfahren bekannt sind. Daher sind Einkünfte aus der gesetzlichen Rente und aus Versorgungsbezügen aufgrund der Meldeverfahren nach den §§ 201 und 202 vom Abrufverfahren nach Absatz 1 ausgeschlossen.

Bei den für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit nach Nummer 1 ist grundsätzlich der Betrag des Bruttoarbeitslohns maßgebend. Die Mitteilung des Betrags der Werbungskosten ist bei Einkünften erforderlich, bei denen Einnahmen eines selbstständig Erwerbstätigen steuerrechtlich als Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit behandelt werden (§ 3 Absatz 1 a Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Bei Nummer 8 wird berücksichtigt, dass bei Anwendung des steuerrechtlichen Teileinkünfteverfahrens die beitrags- und steuerrechtlich relevanten Beträge voneinander abweichen und das Ergebnis des Teileinkünfteverfahrens nach § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz für die Bestimmung der beitragsrechtlich relevanten Beträge rechnerisch zu korrigieren ist. Nach Nummer 9 ist bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft auch der Betrag der Kinderbetreuungskosten zu melden, da dieser beim Arbeitseinkommen beitragsrechtlich nach Maßgabe des § 2 Absatz 5a Satz 2 Einkommenssteuergesetz einkommensmindernd zu berücksichtigen ist.

Die Erläuterungen zum Einkommensteuerbescheid können für die Krankenkassen ergänzende Hinweise zu weiteren beitragspflichtigen Einnahmen enthalten, wie zum Beispiel über Einkünfte aus dem Ausland, die in Deutschland steuerfrei sind, aber dem Progressionsvorbehalt unterliegen. Daher werden auch die Erläuterungen zur Steuerfestsetzung in das Übermittlungsverfahren einbezogen.

Um zu gewährleisten, dass sich das Mitglied frei dafür entscheiden kann, ob es durch Selbstauskunft seiner Auskunftspflicht nachkommen möchte oder ob die elektronische Anforderung bei der Finanzbehörde durchgeführt wird, hat das Mitglied nach Satz 2 innerhalb einer Frist von vier Wochen nach dem Hinweis durch die Krankenkasse das Recht, der Anforderung bei den Finanzbehörden zu widersprechen und innerhalb der Frist selbst Auskunft zu erteilen und die notwendigen Nachweise vorzulegen.

Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft gilt nach Satz 3 grundsätzlich das Verfahren nach Satz 1 und 2. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung kann jedoch auf ein erneutes Anforderungsverfahren verzichtet werden, wenn das Mitglied gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich erklärt, dass es in

die Anforderung der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf einwilligt.

Die Krankenkasse erhält zudem nach Satz 4 das Recht, bei den Finanzbehörden die Steueridentifikationsnummer abzufragen, wenn diese ihr noch nicht bekannt ist. Dies ist erforderlich, um in einem nächsten Schritt eine zielgenaue Anforderung der Einkommensdaten des Mitglieds über das elektronische Abrufverfahren durchführen zu können. Die zuständige Finanzbehörde hat im Gegenzug die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds unverzüglich in elektronischer Form an die Krankenkasse zu übermitteln (Satz 5).

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung regelt Satz 6, dass kein erneutes Datenanforderungsverfahren nach Satz 1 durchzuführen ist, wenn Daten aus einem Änderungsbescheid zu einem Einkommensteuerbescheid mitgeteilt werden. In diesem Fall gilt die Datenanforderung zum vorausgegangenen Einkommensteuerbescheid auch für die Datenmeldung zum Änderungsbescheid und die Daten sind unverzüglich nach Bescheiderteilung von der Finanzbehörde an die Krankenkasse zu melden.

Satz 7 stellt klar, dass § 30 der Abgabenordnung den Regelungen nach Satz 1 bis 6 nicht entgegensteht. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Verletzung des Steuergeheimnisses durch die meldenden Finanzbehörden bei Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und bei ordnungsgemäßer Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 bis 6 ausgeschlossen ist.

Zu Absatz 2

Ebenfalls eingeführt wird ein elektronisches Abrufverfahren zu den erforderlichen Einkommensdaten des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, die für die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder nach § 240 Absatz 1 Satz 2 1. Halbsatz benötigt werden. Die Krankenkasse hat in diesem Fall zu prüfen, ob und in welcher Höhe sich das Mitglied Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners als beitragspflichtigen Einnahmen anrechnen lassen muss. Das schließt auch das Recht der Krankenkasse entsprechend Absatz 1 Satz 4 zur Anforderung der Steueridentifikationsnummer des Ehegatten oder Lebenspartners mit ein, wenn diese der Krankenkasse nicht bekannt ist. Die in Satz 2 genannten Einkünfte aus inländischen Renten und Versorgungsbezügen sind ergänzend zu melden, weil diese der Krankenkasse beim Ehegatten oder Lebenspartner des Mitglieds, anders als beim Mitglied selbst, nicht aufgrund der Meldeverfahren nach den §§ 201 und 202 bekannt sind. Für das Abrufverfahren nach Absatz 2 gilt ein Widerspruchsrecht des Mitglieds und seines Ehegatten oder Lebenspartners, soweit innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse Selbstauskunft erteilt und die erforderlichen Nachweise vorgelegt werden.

Zu Absatz 3

Eine Datenanforderung bei der Finanzbehörde ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied ausdrücklich erklärt, über Einkünfte zu verfügen, die die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen. In diesem Fall ist eine Anforderung nicht erforderlich, weil ohnehin Höchstbeiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festzusetzen sind. Dies gilt nicht, wenn für die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen unterschiedliche Beitragssätze maßgeblich sind, wie zum Beispiel bei gleichzeitigem Bezug von Arbeitseinkommen aus nebenberuflicher Tätigkeit sowie einer Rente, weil in diesem Fall die vollständige Ermittlung der einzelnen Einnahmearten und deren Höhe weiterhin erforderlich ist.

Zu Absatz 4

Die Anforderung der Einkommensdaten und der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldungen der Finanzbehörde haben elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Das Abrufverfahren kann in die

IT-Struktur des bestehenden Meldeverfahrens zwischen Finanzämtern und Krankenkassen zu den steuerlich als Vorsorgeaufwendungen zu berücksichtigenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Selbstzahler in der gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, das Nähere zu Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden Daten in Grundsätzen festzulegen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen sind.

Zu Nummer 45 (§ 219a SGB V)

Durch die neu eingefügten Sätze 4 und 5 erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) die Befugnis, im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgabe nach Satz 3 Nummer 2 Entscheidungen zu treffen, die für eine wirtschaftliche und zweckmäßige Durchführung der Aufgabe erforderlich sind. Dabei beschränkt sich seine Befugnis auf Maßnahmen, die im Bereich der Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen zum Zweck der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erforderlich sind. Die Regelung zählt die konkreten Möglichkeiten auf. So kann die DVKA nach der Nummer 1 auf die Einreichung von Beanstandungen verzichten sowie die damit einhergehenden Zahlungsverpflichtungen anerkennen, die für alle Krankenkassen verbindlich sind. Hierdurch können unwirtschaftliche Prozesse, wie die Einreichung von Beanstandungen in Bezug auf ausländische Forderungen, die lediglich eine geringe Forderungshöhe aufweisen und die zudem kaum Aussicht auf Erfolg haben, vermieden werden. Die Verwaltungskosten für einen abgeschlossenen Beanstandungsvorgang belaufen sich derzeit auf durchschnittlich 36 Euro. Dieser Betrag setzt sich anteilig aus den Bearbeitungskosten der betroffenen Krankenkasse (durchschnittliche Bearbeitungszeit von ca. 35 Minuten) und aus den Bearbeitungskosten der DVKA (durchschnittliche Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten) zusammen. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 38.475 Forderungen, die einen Forderungsbetrag in Höhe von bis zu 36 Euro aufweisen, von deutschen Krankenkassen beanstandet.

Als Rechtsfolge werden die deutschen Krankenkassen durch die Entscheidung der DVKA verpflichtet, Forderungen, die eine festgelegte Höhe nicht überschreiten, gegenüber dem ausländischen Träger zu begleichen. Ein innerstaatlicher Ausgleich zwischen der zur Zahlung verpflichteten deutschen Krankenkasse und der eigentlich nach dem über- und zwischenstaatlichen Recht zuständigen deutschen Krankenkasse findet nicht statt. Bisher konnte die DVKA entsprechende Maßnahmen, die eine wirtschaftliche Durchführung der Kostenabrechnung sicherstellen, ausschließlich im Einvernehmen mit allen Krankenkassen als auch mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Soziale Sicherung treffen. Die Ergänzung der Vorschrift macht dieses aufwändige Vorgehen entbehrlich.

Zudem können nach Nummer 2 im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung (als „Einigung“ bezeichnet, vgl. Artikel 67 Absatz 7 Verordnung (EG) Nr. 987/2009) für zurückliegende Jahre Situationen auftreten, die eine Anpassung der Kostenabrechnungsprozesse im Sinne einer wirtschaftlichen Durchführung erforderlich machen. Durch die zweite Alternative wird der DVKA daher einerseits die Befugnis eingeräumt, ganz oder teilweise auf Forderungen der deutschen Krankenkassen zu verzichten und andererseits, sich auf das Bestehen einer oder mehrerer ausländischer Forderungen gegenüber einer deutschen Krankenkasse mit einer ausländischen Stelle zu verständigen, ohne vorher im Einzelfall die deutsche Krankenkasse konsultieren zu müssen. Dabei handelt es sich um Forderungen, über die aufgrund unterschiedlicher Rechtsauffassungen der Staaten über das Bestehen von Forderungen im Rahmen des nach dem über- und zwischenstaatlichen Recht regelmäßig vorgesehenen Verfahrens kein Einvernehmen erzielt werden konnte. So wird im Sinne eines Vergleichs ein effizienter Abschluss der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen unter Beachtung des Gebots der vertrauensvollen Zusammenarbeit ermöglicht.

Die Einzelheiten zum Verfahren, insbesondere zur Höhe der Forderungen, auf die die DVKA zu Lasten einzelner Krankenkassen verzichten kann und zu den Verpflichtungen, die die DVKA zu Lasten einzelner Krankenkassen begründen kann, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie fest. Durch dieses Verfahren ist sichergestellt, dass die Interessen der betroffenen Krankenkassen gewahrt bleiben.

Zu Nummer 46 (§ 226 SGB V)

Das Verfahren zur Beitragsbemessung für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen aus nebenberuflich selbstständiger Tätigkeit ist bislang nicht im Sozialgesetzbuch geregelt. Aus Gründen der Gleichbehandlung wird das Beitragsverfahren für freiwillig versicherte Selbstständige nach § 240 Absatz 4a von den Krankenkassen auch für das Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten entsprechend angewendet.

Die Regelung stellt die bisher schon praktizierte Anwendung auf eine gesetzliche Grundlage. Eine verfahrensrechtliche Gleichbehandlung nebenberuflich selbstständiger Pflichtversicherter mit freiwillig Versicherten ist sachgerecht, da es sich auch bei diesem Arbeitseinkommen gleichermaßen um eine starken Schwankungen unterworfenen Einnahmeart handeln kann. Die zunächst vorläufige Beitragsfestsetzung des auf das Arbeitseinkommen entfallenden Beitrags aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommenssteuerbescheids und die erst nach Vorlage des Einkommenssteuerbescheids für das Kalenderjahr erfolgende nachträgliche endgültige Beitragsfestsetzung ermöglicht insoweit die tatsächlichen Einkommensverhältnisse präziser abbilden zu können.

Mit der Inbezugnahme des § 240 Absatz 1 Satz 1 wird darüber hinaus eine vollständige Gleichstellung dieser Einnahmeart mit freiwillig versicherten Selbstständigen hergestellt, soweit es sich um untergesetzlich geregelte Konkretisierungen der Regelung des § 240 Absatz 4a durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen handelt. Nebenberuflich selbstständige Pflichtversicherte können daher auch nach § 6 Absatz 3a der 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) eine vorläufige Beitragsanpassung wegen einer unverhältnismäßigen Belastung geltend machen, wenn sich ihr Arbeitseinkommen um mehr als ein Viertel des über den Einkommenssteuerbescheid zuletzt festgestellten Arbeitseinkommens reduziert hat.

Zu Nummer 47 (§ 231 SGB V)

Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Beschäftigten, die neben ihrem Arbeitsentgelt Versorgungsbezüge erhalten, Arbeitseinkommen erzielen und/oder eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, bestimmt § 230 die Rangfolge der Einnahmearten. Danach ist vorrangig das Arbeitsentgelt und danach der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Durch die getrennte Beitragszahlung durch den Arbeitgeber, die Zahlstellen der Versorgungsbezüge und ggf. das Mitglied, insbesondere aber auch durch eine ggf. nachträgliche Berücksichtigung einmalig gezahlten Arbeitsentgelts gemäß § 23a Viertes Buch, kann sich mitunter erst nachträglich herausstellen, dass beitragspflichtige Einnahmen über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurden. In der Folge verringert sich nachträglich die Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen bzw. dem Arbeitseinkommen oder entfällt sogar ganz. Die aus den Versorgungsbezügen bzw. dem Arbeitseinkommen zu viel abgeführten Beitragsanteile sind dem Mitglied auf dessen Antrag hin nach Absatz 1 Satz 1 zu erstatten.

Daneben werden vom Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 230 Satz 2 ebenfalls bis zur Beitragsbemessungsgrenze Beiträge berechnet. Daraus kann sich eine doppelte Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze ergeben. Die Krankenkasse erstattet der beziehungsweise dem Versicherten nach Absatz 2 auf Antrag die von ihr oder ihm getragenen Beiträge aus der Rente, insoweit die Einkünfte insgesamt, also die Rente und die übrigen Einnahmearten, die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen. Es wird der Anteil an den Beiträgen aus der Rente erstattet, mit dem die Rentnerin beziehungsweise der Rentner tatsächlich selbst belastet worden ist.

Bisher fehlt eine Regelung, dass die Krankenkasse das Mitglied über oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtete Beiträge zu informieren hat. Für die betroffenen Mitglieder der Krankenkassen ist diese Feststellung mitunter nur mit größerem Aufwand möglich. Den Krankenkassen stehen bessere und im Vergleich mit weniger Aufwand umsetzbare Prüfmöglichkeiten zur Verfügung. Die Krankenkassen erhalten daher den Auftrag, für den betroffenen Personenkreis die Prüfung vorzunehmen, ob Beiträge oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtet wurden und die Mitglieder entsprechend zu informieren. In der Regel verfügen die Krankenkassen über die für die Prüfung erforderlichen Informationen, nachdem sie von den Arbeitgebern die nach § 28a Absatz 2 Viertes Buch i.V.m. § 10 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung abgegebene Jahresmeldung erhalten haben.

Zu Nummer 48 (§ 240 SGB V)

Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit umfasst alle Einnahmen, die zum Bestreiten des Lebensunterhalts bestimmt sind. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds kann nicht nur durch die eigenen Einnahmen, sondern bei bestehenden Unterhaltsansprüchen auch durch die Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners mitbestimmt werden. Nach geltender Rechtslage werden dem Mitglied die Einnahmen seines Ehegatten oder Lebenspartners bei der Beitragsbemessung angerechnet, wenn dieser nicht gesetzlich versichert ist und die monatlichen Einnahmen des freiwilligen Mitglieds nicht die halbe Beitragsbemessungsgrenze oder die Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners übersteigen, vgl. § 2 Absatz 4 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

Bestehen zugleich Unterhaltspflichten gegenüber gemeinsamen Kindern, für die eine Familienversicherung nach § 10 Absatz 3 ausgeschlossen ist, sieht Absatz 5 bislang eine Kürzung des zu berücksichtigten Ehegatteneinkommens um einen pauschalen Betrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße vor (2021: 1 096,67 Euro). Ist das unterhaltsberechtigende Kind familienversichert, ist wegen der Beitragsfreiheit der Familienversicherung ein verringerter pauschaler Betrag von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße (2021: 658 Euro) abzuziehen.

Eine Freibetragsregelung für unterhaltsberechtigende Kinder des Ehegatten, die keine Kinder des freiwilligen Mitglieds sind, ist bislang nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt vor. Nachdem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die bestehende Privilegierung der Familien mit gemeinsamen Kindern zunächst mit Verweis auf einen weiten Entscheidungsspielraum des Gesetzgebers grundsätzlich gebilligt hatte, hat das BSG mit Urteil vom 15. August 2018 – B 12 KR 8/17 seine Rechtsprechung im Hinblick auf nicht familienversicherte Kinder des Ehegatten, die keine Kinder des freiwilligen Mitglieds sind, geändert. Danach gebieten es der verfassungsrechtliche Schutz von Ehe und Familie sowie der Gleichbehandlungsgrundsatz, dass freiwilligen Mitgliedern auch für nicht gemeinsame unterhaltsberechtigende, nicht familienversicherte Kindern ein pauschaler Freibetrag gewährt werde. Offen geblieben ist, ob das BSG seine Rechtsprechung damit auch im Hinblick auf die nicht gemeinsamen familienversicherten Kinder geändert hat, beziehungsweise ändern wird.

Die gesetzliche Änderung stellt die pauschale Anrechnung von Unterhaltsverpflichtungen des Ehegatten gegenüber seinen Kindern bei der Beitragsbemessung des freiwilligen Mitglieds auf eine gesetzliche Grundlage und beseitigt bestehende Rechtsunsicherheiten. Damit wird sichergestellt, dass Familien mit gemeinsamen und nicht gemeinsamen Kindern in vergleichbaren Sachverhaltskonstellationen unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen bei der Einkommensanrechnung gleich behandelt werden. Durch die Anwendung von Pauschalen wird gewährleistet, dass die Krankenkassen die Regelung verwaltungseffizient umsetzen können.

Zu Satz 1:

Satz 1 entspricht inhaltlich der bisherigen gesetzlichen Regelung zu pauschalen Freibeträgen für gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder. Für Kinder, für die keine Familienversicherung besteht, ist 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. Für nicht familienversicherte gemeinsame Kinder folgen Einschränkungen aus den Sätzen 3 und 5.

Zu Satz 2:

Ausgehend von den für gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder geltenden pauschalen Freibeträgen werden die pauschalen Freibeträge für unterhaltsberechtigende Kinder des Ehegatten, die keine Kinder des freiwilligen Mitglieds sind, halbiert. Dadurch wird typisierend berücksichtigt, dass das andere verwandte Elternteil auch unterhaltspflichtig ist und dadurch das Familieneinkommen entlastet wird. Der Freibetrag für nicht gesetzlich versicherte Kinder des Ehegatten, beträgt folglich ein Sechstel der monatlichen Bezugsgröße. Bei familienversicherten Kindern des Ehegatten beträgt der Freibetrag ein Zehntel der monatlichen Bezugsgröße. Den vollen Pauschalbetrag kann das Mitglied nur dann geltend machen, wenn das andere verwandte Elternteil keinen Unterhalt leistet. In diesem Fall gilt Satz 4. Bei nicht gesetzlich versicherten Kindern des Ehegatten folgen Einschränkungen aus den Sätzen 3 und 5.

Zu Satz 3:

Satz 3 regelt sowohl für gemeinsame und nicht gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder die Anrechnung des jeweils für familienversicherte Kinder anzuwendenden ermäßigten Pauschalbetrags, wenn das Kind trotz bestehender Berechtigung zur Familienversicherung privat versichert wurde.

Durch diese Einschränkung, die bereits nach geltendem Recht für gemeinsame Kinder gemacht wurde, wird vermieden, dass die Wahlentscheidung für oder gegen die Familienversicherung des Kindes eine Auswirkung auf die Höhe der Pauschale hat.

Zu Satz 4:

Für den Fall, dass die Unterhaltslast für das nicht gemeinsame Kind faktisch vollständig beim neuen Familienverbund liegt, ist nach Satz 4 abweichend von Satz 2 geregelt, dass für jedes unterhaltsberechtigende, nicht gemeinsame Kind der gleiche Pauschalbetrag (von einem Drittel bzw. einem Fünftel der Bezugsgröße) wie für gemeinsame Kinder anzusetzen ist. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn das andere verwandte Elternteil seinen Unterhaltsverpflichtungen nicht nachkommt. Durch diesen Unterhaltsausfall ist die Einkommenssituation vergleichbar mit der einer Familie mit gemeinsamen Kindern. Durch die Gewährung der vollen Pauschale soll vermieden werden, dass Familien mit nicht gemeinsamen Kindern gegenüber Familien mit gemeinsamen Kindern benachteiligt werden. Die pauschale Erhöhung des Freibetrags kann das freiwillige Mitglied bei der Krankenkasse geltend machen, indem es den Unterhaltsausfall glaubhaft darlegt.

Satz 5:

Die Einschränkung in Satz 5 stellt sicher, dass der pauschale Betrag bei gemeinsamen und nicht gemeinsamen nicht familienversicherten Kindern nur dann abgezogen wird, wenn die Finanzierung der Krankenversicherung das Familieneinkommen belastet. Dies ist zum Beispiel bei gemeinsamen Kindern der Fall, wenn die Familienversicherung nach § 10 Absatz 3 ausgeschlossen ist, weil der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig nicht höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds.

Wird das Familieneinkommen dagegen nicht durch die Finanzierung der Krankenversicherung belastet, weil die Beiträge von dritter Seite oder durch das Kind selbst finanziert werden, sind Freibeträge nach Satz 1 oder 2 ausgeschlossen. Dies ist der Fall, wenn das Kind nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 versichert oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet, oder das Kind die Altersgrenze im Sinne des § 10 Absatz 2 überschritten hat.

Zu Nummer 49 (§ 257 SGB V)

Tätigkeiten, die im Rahmen von Freiwilligendiensten geleistet werden, sind im sozialversicherungsrechtlichen Sinn Beschäftigungsverhältnisse, die grundsätzlich über die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht nach §§ 5 Absatz 1 Nummer 1, 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Elften Buches vollumfänglich abgesichert sind. Die Beiträge, die aufgrund der Versicherungspflicht zu leisten sind, werden allein von der Einsatzstelle bzw. dem Träger getragen (§ 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches).

In Ausnahmefällen kann es bei der Erbringung eines Freiwilligendienstes nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz jedoch stattdessen zur Fortführung einer freiwilligen Mitgliedschaft kommen, wenn zum Beispiel daneben eine selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird oder der Freiwilligendienstleistende aufgrund seines beruflichen Status versicherungsfrei ist. Auch in diesen Fällen ist es sachgerecht und aus Gleichbehandlungsgründen geboten, dass die Einsatzstelle beziehungsweise der Träger einen Beitragszuschuss in Höhe des Betrages leistet, der bei Versicherungspflicht des Freiwilligendienstleistenden von der Einsatzstelle beziehungsweise dem Träger § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches zu tragen wäre.

Zu Nummer 50 (§ 266 SGB V)

Durch die Anpassung wird das Risikomerkmal „Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld“ auf das Krankengeld nach § 44 beschränkt. Für das bislang ebenfalls umfasste Krankengeld nach § 45 werden nach dem neuen § 269 Absatz 2 Satz 1 zukünftig die Leistungsausgaben der Krankenkassen vollständig über gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen.

Für das Krankengeld nach § 44 wird damit das bisherige Verfahren mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich bis zur Umsetzung eines neuen Verfahrens unverändert beibehalten. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA wird im Rahmen seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 damit beauftragt, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 zu überprüfen.

Die Empfehlungen der beiden vom BAS in Auftrag gegebenen Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld aus Mai 2016 und Dezember 2019 weichen für das Krankengeld nach § 44 deutlich voneinander ab. Das Erstgutachten

empfiehlt, die Krankengeldbezugsdauer über die Morbidität der Versicherten zu erklären und anschließend mit einem versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrag zu gewichten, der auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ermittelt wird. Diese Differenzierung von Krankengeldbezugsdauer und Krankengeldzahlbetrag wird im Folgegutachten hingegen nicht empfohlen. Stattdessen sollen die Krankengeldausgaben ausschließlich über die Morbidität der Versicherten erklärt werden.

Aufgrund der abweichenden Ergebnisse der beiden Gutachten und weil das Folgegutachten nicht alle Fragen zu den aus Wettbewerbsgründen besonders relevanten Kennzahlen auf Ebene der Krankenkassen beantwortet, können aus den bisher vorliegenden Untersuchungen keine eindeutige Empfehlungen zur zielgerichteten Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld abgeleitet werden. Die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirats stellt sicher, dass eine möglichst breite Expertise in Bezug auf die Klassifikation von Versicherten einbezogen wird.

Zu Nummer 51 (§ 267 SGB V)

Jede am RSA teilnehmende Krankenkasse übermittelt dem BAS ab dem Berichtsjahr 2020 für die Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland (Auslandsversicherte) zusätzlich zu den Versichertentagen das Länderkennzeichen (Kennzeichnung des Wohnstaats der Versicherten) entsprechend des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der jeweils aktuellsten Fassung.

Die Meldung des Länderkennzeichens ist erforderlich, um ab dem Ausgleichsjahr 2023 die Vorgabe des neuen § 269 Absatz 3 Satz 2 umsetzen zu können.

Zu Nummer 52 (§ 269 SGB V)

Zu Absatz 1

Als Folgeänderung zu der Anpassung in § 266 Absatz 2 Satz 1 wird der Verweis auf den Anspruch auf Krankengeld jeweils um die Angabe „nach § 44“ ergänzt.

Zu Absatz 2

Die leistungsrechtlichen Regelungen für das Krankengeld nach § 44 unterscheiden sich insbesondere zu Anspruchsvoraussetzung, Anspruchsdauer und Höhe des Krankengeldes maßgeblich von den leistungsrechtlichen Regelungen für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 (Kinderkrankengeld). Zur besseren Abbildung dieser Unterschiede wird daher ab dem Ausgleichsjahr 2023 bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zwischen dem Krankengeld nach § 44 und dem Kinderkrankengeld unterschieden. Mit dem neuen Absatz 2 Satz 1 wird ein vollständiger Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld vorgesehen.

Der Ist-Kosten-Ausgleich anstelle des bisherigen Standardisierungsverfahrens in diesem Bereich ist sachgerecht, da Anreize für wirtschaftliches Verhalten bei den Krankenkassen nicht gesetzt werden können. Die Gutachten von Mai 2016 und von Dezember 2019 zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld kommen zu dem Ergebnis, dass Krankenkassen über das Krankengeldfallmanagement den Bezug von Leistungen nach § 45 nicht steuern können. Da für den Anspruch nicht die Erkrankung der anspruchsberechtigten Person sondern des Kindes maßgeblich ist, entstehen durch einen Ausgleich der Leistungsausgaben auch keine Fehlanreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen. Beide Gutachten empfehlen daher das hier umgesetzte Modell.

Ein vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben nach § 45 ist zudem erforderlich, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu vermeiden. Da die Krankenkassen die Inanspruchnahme durch ihre Versicherten nicht steuern können, führt eine ungleiche Verteilung der Inanspruchnahme zwischen den Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen. Unterschiede bei der Inanspruchnahme können dabei beispielsweise regional oder geschlechtsspezifisch begründet sein. Dass eine solche Ungleichverteilung vorliegt, zeigt sich anhand der erheblichen Spannweite der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen im Bereich Kinderkrankengeld.

Die Regelung ist erstmals ab dem Ausgleichsjahr 2023 umzusetzen. Jede Krankenkasse übermittelt hierfür die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 über den GKV-Spitzenverband an das BAS. Der GKV-Spitzenverband trifft die notwendigen Vorgaben zur Datenübermittlung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2.

Zu Absatz 3

Im RSA-Zuweisungsverfahren werden bereits Versicherte, die die Definition „Auslandsversicherte“ erfüllen, nach dem bisherigen § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV gesonderten Risikogruppen zugeordnet. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 1 wird dieses Risikomerkmals bereits in den Regelungen des SGB V zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausdrücklich benannt.

Dabei ergeben sich die Risikozuschläge derzeit aus den durchschnittlichen Gesamtzuweisungen der inländischen Versicherten des entsprechenden Alters und Geschlechts. Das bisherige Verfahren wird auf der Grundlage der beiden Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte von Januar 2016 und von November 2019 durch die Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 abgelöst: Für Auslandsversicherte werden ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Risikogruppen gebildet. Die Risikozuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen werden auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland berechnet.

Die Ausgaben für Auslandsversicherte im Inland ergeben sich aus den von den Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu meldenden Leistungsausgaben. Die Meldung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte im Ausland erfolgt auf der Grundlage des neuen Absatz 4 durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA).

Die beiden Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte haben festgestellt, dass es im derzeitigen Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte noch immer zu deutlichen Über- und Unterdeckungen kommt. Als Grund wurde benannt, dass sich die Niveaus der Leistungsausgaben zwischen den Ländern deutlich unterscheiden, ohne dass dies im Zuweisungsverfahren berücksichtigt wird. Bei Auslandsversicherten in Ländern mit einem im Vergleich niedrigen Ausgabenniveau kommt es daher zu deutlichen Überdeckungen, bei Auslandsversicherten in Ländern mit höheren Ausgabenniveaus zu Unterdeckungen. Bei ungleicher Verteilung der Auslandsversicherten aus verschiedenen Ländern auf die Krankenkassen kommt es daher zu Wettbewerbsverzerrungen.

Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu reduzieren und die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Auslandsversicherte im RSA zu verbessern, empfehlen die Gutachter das mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 umgesetzte Modell.

Zu Absatz 4

Zur Umsetzung der Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 übermittelt die DVKA ab dem Berichtsjahr 2020 die Summe der in einem Jahr mit den Krankenkassen für Auslandsversicherte abgerechneten Rechnungsbeträge differenziert nach dem Wohnstaat an das BAS.

Die Summe der abgerechneten Rechnungsbeträge ergibt sich aus allen seitens der am RSA teilnehmenden Krankenkassen innerhalb des jeweiligen Berichtsjahres gegenüber der DVKA beglichenen Rechnungen. Diese beinhalten unter anderem auch Vorschüsse auf Pauschalen und Endabrechnungsbeträge auf Pauschalen. Daher werden auch Rechnungen berücksichtigt, die sich auf vergangene Abrechnungsjahre und auf Versicherte beziehen, die im jeweiligen Ausgleichsjahr nicht mehr die Definition „Auslandsversicherte“ erfüllen. Die Rechnungsbeträge sind dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem die Zahlung bei der DVKA eingegangen ist.

Das Nähere zur Übermittlung der Daten bestimmt nach Satz 2 der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BAS.

Zu Absatz 5

Mit dem neuen Absatz 5 wird die Datenmeldung nach dem bisherigen § 269 Absatz 3b Satz 2, die für den Zweck des Folgegutachtens zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld aus Dezember 2019 erfolgte, für den Zweck der Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats nach § 266 Absatz 10 Satz 1 erneut geregelt. Der Wissenschaftliche Beirat erhält hierdurch die erforderliche Datengrundlage, um im Rahmen seiner ersten Untersuchung auf Grundlage des § 266 Absatz 10 Satz 1 Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 überprüfen zu können. Die nicht benötigten Datenmeldungen nach dem bisherigen § 269 Absatz 3b Satz 2 Nummer 4 und 6 bis 8 werden dabei nicht übernommen.

Ab dem Berichtsjahr 2022 melden die Krankenkassen die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit bzw. aus dem Bezug von Arbeitslosengeld sowie die Zeiträume bzw. Tage, an denen diese Einkommen jeweils erzielt wurden. Zudem sind Daten zu den jeweiligen Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 und zum Beginn und Ende des Krankengeldbezugs zu übermitteln. Die Datenmeldung erfolgt ab dem Berichtsjahr 2022 als Teil der Übermittlung nach § 267 Absatz 1 Satz 1, um das durch den Wissenschaftlichen Beirat empfohlene Modell ohne weitere Verzögerung nach der Empfehlung umsetzen zu können.

Zu Absatz 6

Der vollständige Ausgleich der Ausgaben für das Kinderkrankengeld nach dem neuen Absatz 2, die Beschränkung des Risikomerkmals Krankengeldbezug auf die Leistungsausgaben nach § 44 und das neue Verfahren der Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen ab dem Ausgleichsjahr 2023 umgesetzt werden. Daher wird mit dem neuen Absatz 6 bestimmt, dass bis zum Ausgleichsjahr 2022 die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, das Krankengeld nach den §§ 44 und 55 umfassen. Zudem erfolgt das Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte bis zum Ausgleichsjahr 2022 auf der Grundlage des derzeitigen § 269 Absatz 1 und 2.

Zu Absatz 7

Das BMG regelt in der RSAV die notwendigen Vorgaben zur Umsetzung der Absätze 1 bis 6, insbesondere zum Verfahren der Zuweisungen, zu den Vorgaben für die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates und zu Übergangsbestimmungen entsprechend Absatz 6.

Zu Nummer 53 (§ 273 SGB V)

In § 273 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 6 Satz 2 wird ein redaktionelles Versehen aus dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz bereinigt.

Zu Nummer 54 (§ 275 SGB V)

Der neue Absatz 6 gibt vor, dass fallabschließende gutachtlichen Stellungnahmen der Medizinischen Dienste (MD) in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen sind. Mündliche fallabschließende Stellungnahmen - etwa im Rahmen einer sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) zwischen Gutachterinnen und Gutachtern des MD und Beschäftigten der Krankenkassen - sind schon aufgrund der erforderlichen Nachvollziehbarkeit der Begutachtung nicht zulässig. Davon unabhängig ist jedoch eine nicht fallabschließende mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen der Krankenkassen mit dem MD zur Vorsichtung sachgerecht und zulässig, um eine zielgerichtete Beauftragung des MD durch die Krankenkassen zu ermöglichen. Die Neuregelung dient insoweit auch der klaren Trennung der Aufgaben des MD, der die Begutachtung vornimmt, und der Krankenkasse, die den Begutachtungsauftrag erteilt. Damit wird die Transparenz des Verfahrens erhöht und die Unabhängigkeit des MD gestärkt.

Darüber hinaus werden als Mindestinhalt einer gutachtlichen Stellungnahme des MD die kurze Darstellung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis vorgegeben. Die Kenntnis der Fragestellung und des Sachverhalts ist unerlässlich für die Nachvollziehbarkeit der gutachtlichen Stellungnahme. Das Ergebnis der Begutachtung des MD stellt bei den in der Regel von den Krankenkassen erteilten Begutachtungsaufträgen eine sozialmedizinische Empfehlung für die leistungsrechtliche Entscheidung der beauftragenden Krankenkasse dar. Für diese leistungsrechtliche Entscheidung müssen die Krankenkassen in der Lage sein, das Ergebnis der Begutachtung des MD anhand der wesentlichen Gründe zu plausibilisieren. Deshalb hat eine gutachtliche Stellungnahme des MD stets auch die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung zu enthalten.

Diese Vorgaben stellen lediglich die Mindestinhalte einer gutachtlichen Stellungnahme des MD dar. Schon aufgrund der berufsrechtlich vorgegebenen Sorgfaltspflicht bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten, die sich u. a. durch eine methodische Bewertung insbesondere ärztlicher Befunde auszeichnen, sind auch weitere Vorgaben zu beachten, wie z.B. die Darlegung, auf welche Befunde sich die Begutachtung stützt.

Eine Mindestvorgabe für die Länge oder die Ausführlichkeit einer gutachtlichen Stellungnahme des MD ist mit der Neuregelung nicht verbunden. So kann gerade in einfach gelagerten Fällen auch ein Kurzgutachten mit einer knappen Darstellung des Begutachtungsanlasses und des Begutachtungsergebnisses sowie einer kurzen, aber nachvollziehbaren Begründung die Vorgaben erfüllen.

Zu Nummer 55 (§ 275b SGB V)

Zu Buchstabe a

Mit den neu eingefügten Absätzen 4 und 5 wird gewährleistet, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b zum einen mit den für die Heimaufsicht zuständigen Aufsichtsbehörden abstimmen, wie dies bereits für die Prüfungen nach § 114 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gemäß § 117 SGB XI vorgegeben ist. Dies betrifft Einrichtungen nach § 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 und 43 SGB XI anbieten, sowie Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 2 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 2 SGB XI) sowie Leistungserbringer, die Wohneinheiten nach § 37c Absatz 2 Nummer 3 (Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c erhalten) betreiben. Damit wird ein Vorschlag des Bundesrates zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz aufgegriffen.

Zum anderen wird geregelt, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD bei Prüfungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 132I Absatz 5 Nummer 3), die auch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 128 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) unterzogen werden können, mit den Trägern der Eingliederungshilfe zur Vermeidung von Doppelprüfungen abstimmen. Dies entspricht der für die Träger der Eingliederungshilfe geltenden Regelung in § 128 Satz 3 bis 5 SGB IX.

Zu Absatz 4

Mit Satz 1 wird die Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des MD mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege nach § 275b generell vorgegeben und inhaltlich näher konkretisiert. Inhaltlich entspricht die Regelung dem § 117 Absatz 1 Satz 1 SGB XI, mit dem die Zusammenarbeit der Pflegekassen und des MD mit den Trägern der Heimaufsicht für die Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI bereits normiert ist.

Satz 2 benennt als ein wichtiges Regelungsziel der Zusammenarbeit die Vermeidung von Doppelprüfungen. Bei der Abstimmung zur Vermeidung von Doppelprüfungen ist der Fokus der jeweils beabsichtigten Prüfung zu berücksichtigen. Vermieden werden sollen Prüfungen durch die MD einerseits und Heimaufsichtsbehörden bzw. durch die Träger der Eingliederungshilfe andererseits, deren Fokus sich weitgehend überschneidet, wie zum Beispiel bei Prüfungen der medizinischen Qualität der erbrachten Leistungen der Intensivpflege. Überschneiden sich die Schwerpunkte der beabsichtigten Prüfung hingegen nicht, sind diese nicht als zu vermeidende Doppelprüfungen anzusehen. Satz 2 entspricht weitgehend der geltenden Regelung des § 117 Absatz 1 Satz 2 SGB IX für die Heimaufsichtsbehörden und der Regelung des § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB IX für die Träger der Eingliederungshilfe.

Satz 3 gibt – entsprechend der für die Pflegekassen und den MD für Prüfungen nach § 114 SGB XI geltenden Regelung in § 117 Absatz 1 Satz 3 SGB XI – zur Erfüllung der in den Sätzen 1 und 2 vorgegebenen Aufgaben die verpflichtende Teilnahme an den Arbeitsgemeinschaften nach heimrechtlichen Vorgaben und die Beteiligung an entsprechenden Vereinbarungen vor.

Mit Satz 4 wird die Berechtigung - beziehungsweise im Fall einer Aufforderung durch die Heimaufsichtsbehörden oder die Träger der Eingliederungshilfe die Verpflichtung - der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des MD zur Mitteilung der ihnen nach diesem Buch zugänglichen allgemeinen Daten aus den Prüfungen nach § 275b an die Heimaufsichtsbehörden oder die Träger der Eingliederungshilfe geregelt. Dabei handelt es sich insbesondere um Daten über die Zahl der Pflegeplätze, der betreuten Personen, der personellen und sachlichen Ausstattung der Einrichtungen bzw. der Leistungserbringer sowie über die Leistungen und die Vergütungen der Einrichtungen bzw. der Leistungserbringer. In diesen Daten ggf. enthaltene personenbezogene Daten sind nach Satz 5 vor der Datenübermittlung zu anonymisieren. Der Inhalt der Sätze 4 und 5 entspricht weitgehend den Regelungen des § 117 Absatz 3 SGB XI bzw. des § 128 Absatz 1 Sätze 4 und 5 SGB IX.

Satz 6 regelt den Sonderfall der Mitteilung von konkreten Erkenntnissen des MD aus Prüfungen nach § 275b über bestimmte Einrichtungen oder Leistungserbringer, bei denen aufgrund der Art dieser Erkenntnisse anzunehmen ist, dass aufsichtsrechtliche Maßnahmen der zuständigen Heimaufsicht vorbereitet und durchgeführt werden müssen. In diesem Fall hat der MD diese Erkenntnisse unverzüglich der zuständigen Heimaufsicht mitzuteilen. Diese Regelung entspricht der Vorschrift des § 117 Absatz 4 Satz 1 SGB XI.

Zu Absatz 5

Satz 1 gibt - entsprechend der Vorschrift des § 117 Absatz 5 Satz 1 SGB XI – vor, dass die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD die Kosten selbst tragen, die ihnen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 4 entstehen. Satz 2 stellt dann klar, dass den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem MD untersagt ist, sich an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder den Kosten der Träger der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Diese Regelung entspricht der Vorschrift des § 117 Absatz 5 Satz 2 SGB XI.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Einfügen der neuen Absätze 4 und 5, durch die die bisherigen Absätze 4 und 5 zu den Absätzen 6 und 7 werden.

Zu Nummer 56 (§ 276 SGB V)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass den Leistungserbringern bei der Anforderung von versichertenbezogenen Daten für gutachtliche Stellungnahmen und Prüfungen nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d durch die Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst der Zweck der Begutachtung mitzuteilen ist. Dies entspricht dem Gebot der Transparenz und erleichtert es den Leistungserbringern, die Anforderungen bedarfsgerecht zu erfüllen.

Zu Nummer 57 (§ 277 SGB V)

Die MD müssen den beauftragenden Krankenkassen nach Satz 1 – wie auch nach dem geltenden Recht – das Ergebnis der Begutachtung mitteilen. Darüber hinaus sind die MD bereits verpflichtet, den Krankenkassen die „erforderlichen Angaben über den Befund“ mitzuteilen. Die erforderlichen Angaben über den Befund werden durch die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung ersetzt, da die Mitteilung der erforderlichen Angaben über den Befund noch auf eine eigenständige Befunderhebung durch den MD abstellt, die jedoch in vielen Fällen für eine Begutachtung nicht mehr erforderlich ist. Der MD zieht nämlich weitgehend Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte heran und bewertet diese sozialmedizinisch im Hinblick auf die zu begutachtende Fragestellung. Ausgehend von Sinn und Zweck der Regelung sind mit dem bisherigen Begriff der „erforderlichen Angaben über den Befund“ die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung gemeint. Die Mitteilung dieser Gründe an die beauftragende Krankenkasse dient dazu, die Krankenkasse in die Lage zu versetzen, das Ergebnis der Begutachtung des MD zu plausibilisieren, um es in ihre leistungsrechtliche Entscheidung einbeziehen zu können.

Die bisher nach Satz 1 obligatorische Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung des MD an Leistungserbringer, über deren Leistung er eine Begutachtung erstellt hat, wird in Satz 2 begrenzt auf die Fälle, in denen das Ergebnis der Begutachtung des MD von der Verordnung des Leistungserbringers, seiner Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der GKV oder seiner Abrechnung dieser Leistung abweicht. Dies erfolgt aus der Erwägung, dass in den Fällen, in denen der MD zu keiner abweichenden Auffassung kommt, aufseiten der Leistungserbringer kein Interesse an einer verpflichtenden Mitteilung besteht und die Vielzahl der unaufgefordert übermittelten Informationen eher überfordernd wirken kann. Der Begriff Leistungserbringer ist weit zu verstehen und umfasst die in der Vorschrift § 277 Absatz 1 Satz 1 a. F. benannten an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie alle übrigen Leistungserbringer, über deren Leistung der MD eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat. Die Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der GKV umfasst die Beachtung der Grundsätze nach § 2 Absatz 1, wonach eine Leistung den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots genügen und bezüglich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen muss. Dies betrifft alle Leistungserbringer, deren Leistung im konkreten Fall vom MD geprüft wurde; dies kann etwa die Verordnung einer Leistung oder auch deren Umsetzung sein.

In den Fällen, in denen das Ergebnis der Begutachtung des MD nicht vom Vorgehen der Leistungserbringer abweicht, wird die Verpflichtung zur Mitteilung durch die Befugnis der MD ersetzt, die betroffenen Leistungserbringer über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Dies ermöglicht es dem MD, vollständige Transparenz über seine Tätigkeit auch gegenüber den Leistungserbringern herzustellen, ohne ihn hierzu zu verpflichten. Die Mitteilung soll in geeigneter Weise erfolgen. Die jeweils geeignete Weise bestimmt der MD nach pflichtgemäßem Ermessen.

Nach Satz 2 zweiter Halbsatz sollen die Mitteilungspflichten und Mitteilungsbefugnisse des MD an die betroffenen Leistungserbringer bei Begutachtungen des MD zu Behandlungsfehlervorwürfen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 nur dann gelten, wenn die betroffenen Versicherten in die Mitteilungen an die Leistungserbringer eingewilligt haben. Dies trägt der spezifischen Interessenlage der betroffenen Versicherten bei diesen Begutachtungen Rechnung. Die Versicherten haben in diesen Fällen ein nachvollziehbares Interesse daran, dass dem betroffenen Leistungserbringer, der Gegenstand ihres Behandlungsfehlervorwurfes sein kann, das Ergebnis der Begutachtung durch den MD und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis vom MD nur mit ihrer Einwilligung mitgeteilt werden kann. Die Information darüber, ob in diesen Fällen eine Einwilligung der betroffenen Versicherten vorliegt, hat die Krankenkasse dem MD im Rahmen der Beauftragung mitzuteilen, da es sich um eine für die Begutachtung erforderliche Angabe handelt (§ 276 Absatz 1 Satz 1).

Nach Satz 3 wird der MD verpflichtet, auf Anforderung des betroffenen Leistungserbringers und mit Einwilligung des Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung an den Leistungserbringer zu übermitteln. Das Widerspruchsrecht der Versicherten gegen die Mitteilung der erforderlichen Angaben über den Befund an den Leistungserbringer, das ihm nach bisherigem Recht zustand, geht davon aus, dass der MD im Rahmen der Begutachtung in jeden Fall einen persönlichen Kontakt mit den betroffenen Versicherten hat und in diesem Rahmen klären kann, ob die Versicherten von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Dies ist jedoch in vielen Fällen nicht mehr der Fall, sodass die Umsetzung des Widerspruchsrecht für die MD mit hohem Aufwand verbunden ist. Das Widerspruchsrecht der Versicherten wird deshalb ersetzt durch ein Einwilligungserfordernis für die Anforderung der wesentlichen Gründe der Begutachtung durch den Leistungserbringer. Dieses Verfahren entspricht der heutigen Praxis der Begutachtung der MD, ohne den Versicherten die Möglichkeit zu nehmen, die Mitteilung von dem Leistungserbringer noch nicht bekannten Tatsachen aus den wesentlichen Gründen der Begutachtung, wie etwa einer Behandlung bei einem anderen Leistungserbringer, zu unterbinden.

Mit Satz 4 wird den MD vorgegeben, bei Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 den betroffenen Versicherten das vollständige Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form zu übermitteln. Bei Begutachtungen des MD zu Behandlungsfehlervorwürfen haben die betroffenen Versicherten häufig ein nachvollziehbares Interesse, das vollständige Gutachten des MD zu erhalten, um dies in die Prüfung der weiteren Vorgehensweise einzubeziehen. In diesen Fällen kommt es gegebenenfalls auch auf medizinische Detailaussagen der Begutachtung an, sodass hier ein direkter Anspruch der betroffenen Versicherten auf die Übermittlung des Gutachtens durch den MD erforderlich ist, um den Interessen der Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 58 (§ 279 SGB V)

Um eine sachgerechte Benennung geeigneter Vertreter der Ärzteschaft und der Pflegefachberufe in die Verwaltungsräte der MD nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 durch die Länder sicherzustellen, wird das Verbot der Finanzierung zu mehr als 10 Prozent durch Dritte, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung erbringen, auf die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 beschränkt. Mit der Neuregelung wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen.

Die bisherige Regelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 schrieb vor, dass die von den Ländern für den Verwaltungsrat eines MD zu benennenden Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden dürfen, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Diese Vorgabe bezog sich nach dem eindeutigen Wortlaut sowohl auf die Vertreter, die auf Vorschlag der Patienten- und Pflegebedürftigenorganisationen nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 durch die zuständige Landesbehörde benannt werden, als auch auf die Vertreter, die auf Vorschlag der Berufsgruppen der Ärzte und Pflegefachberufe nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 benannt werden.

Zu Nummer 59 (§ 299 SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird mit der Änderung in Satz 8 befugt vorzusehen, dass die Versendestelle die ihr für die Stichprobenziehung und die Versendung der Fragebögen vorliegenden Daten nach Abschluss des Fragebogenversands längstens zwei Jahre ab der ersten Versendung der Fragebögen aufbewahren darf. Die Verlängerung der gesetzlichen Löschfrist von sechs auf 24 Monate ist insbesondere für Patientenbefragungen bei Verfahren erforderlich, bei denen methodische Erwägungen einen langen, regelmäßigen Befragungsturnus notwendig erscheinen lassen. Nach dem datenschutzrechtlichen Grundsatz der Erforderlichkeit ist durch den G-BA jedoch weiterhin sicherzustellen, dass eine Löschung der Daten bei der Versendestelle erfolgt, sobald die Datenverarbeitung nicht mehr erforderlich ist. So sind insbesondere bei Verfahren, bei denen ein Fragebogenversand bereits kurz nach einem Eingriff erfolgt und nicht wiederholt werden soll, die personenbezogenen Daten innerhalb einer kürzeren Frist zu löschen. Der G-BA hat insoweit die Erforderlichkeit der von ihm festzulegenden Frist in den Tragenden Gründen für jedes Verfahren nachvollziehbar zu begründen.

Zu Nummer 60 (§ 301 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift dient der Darstellung des gesamten Regelungsinhaltes des Paragraphen in der Überschrift. Bereits bisher wird in Absatz 4 die Datenübermittlung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen geregelt; dies wird im neuen Absatz 4a fortgeführt. Daher ist eine Abbildung der Rehabilitationsträger in der Überschrift angezeigt.

Zu Buchstabe b

Mit der Neuregelung in Absatz 4a wird in Satz 1 für Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung erbringen, die datenschutzrechtliche Befugnis geschaffen, die in den in Satz 1 Nummern 1 bis 5 genannten versichertenbezogenen Angaben an die jeweils zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Dies betrifft die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen Angaben im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs, der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch der Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie der Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches.

Über die Aussagen zur Arbeitsfähigkeit nach Absatz 4a Satz 1 Nummer 4 erhalten die Krankenkassen zudem die Angabe, ob die oder der Versicherte zum Zeitpunkt der Entlassung arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig ist. Diese Angaben werden von den Arbeitgebern für die Umsetzung der Regelungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes und von den Krankenkassen zur Prüfung des Bestehens eines Krankengeldanspruchs benötigt.

Durch den Verweis in Satz 2 auf die entsprechende Anwendung des Absatzes 2 wird bewirkt, dass für die Angaben der Diagnosen nach Satz 1 Nummer 3 in der Form der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweils vom Deutschen Institut für Medizinische Information und Dokumentation bzw. durch die vorgesehene Aufgabenübertragung künftig vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln sind.

Mit Satz 3 wird - analog der Regelung in Absatz 3 - vorgegeben, dass das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 und das Verfahren der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen auf Bundesebene organisierten Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen nach dem Sozialgesetzbuch vereinbart wird. Dies umfasst die Verbände der Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Fünften, Sechsten und Siebten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 61 (§ 302 SGB V)

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 62 (§ 316 SGB V)

Die Übergangsregelung wird als Folgeänderung zu den Änderungen in § 31 SGB V aufgehoben.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der in Artikel 1 (§ 176 SGB V) vorgesehenen gesetzlichen Anerkennung von Mitgliedschaften in bestimmten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entfällt die an die Krankenversicherungspflicht anknüpfende Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, aber nicht im Pflegefall leisten, ist hinsichtlich der Absicherung im Pflegefall die Versicherungspflicht der nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften neu vorzusehen, sofern die Betroffenen nicht von Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung Gebrauch gemacht haben (insbesondere einer freiwilligen Weiterversicherung nach § 26 Absatz 1 oder auf der Grundlage des Beitrittsrechts nach § 26a).

Zu Nummer 1 (§ 21 SGB XI)

Mit der Änderung des § 21 wird die bisherige Zuordnung von Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig versicherungspflichtig sind, zu dem in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen sonstigen Personenkreis für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften gewährleistet und entsprechend nachvollzogen. Eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht jedoch nicht, wenn die Person bereits in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist. Für Personen, die bereits versichert sind, bedarf es keiner neuen gesetzlichen Zuordnung.

Zu Nummer 2 (§ 23 SGB XI)

Mit der Änderung des § 23 wird die Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung von Personen, die der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung unterliegen, auch weiterhin für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitgliedschaften in So-

lidargemeinschaften gewährleistet und entsprechend nachvollzogen. Eine Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht jedoch nicht, wenn die Person bereits in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist. Für Personen, die bereits versichert sind, bedarf es keiner neuen gesetzlichen Zuordnung.

Zu Nummer 3 (§ 48 SGB XI)

Ferner wird eine Regelung zur Zuständigkeit der Pflegekassen für Mitglieder einer Solidargemeinschaft aufgenommen. Die Wahl der zuständigen Pflegekasse wird in § 48 Absatz 3 verankert.

Zu Nummer 4 (§ 50 SGB XI)

Zur Durchsetzung der Versicherungspflicht durch die Pflegekassen bedarf es einer Meldepflicht in § 50 Absatz 2 durch die Solidargemeinschaften.

Zu Nummer 5 (§ 57 SGB XI)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung eines neuen Satzes 3 an § 226 Absatz 2 SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 59 SGB XI)

Darüber hinaus wird innerhalb des § 59 Absatz 4 ergänzend klargestellt, dass Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 SGB V anerkannt ist, ihre Beiträge allein zu tragen haben.

Zu Nummer 7 (§ 121 SGB XI)

Zur Durchsetzung der Versicherungspflicht bedarf es ferner einer Sanktionsregelung bei Verletzung oder Missachtung dieser Meldepflicht, vgl. § 121 Absatz 1 Nummer 2.

Zu Artikel 3 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 9.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 9.

Zu Nummer 3

Die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften derjenigen Solidargemeinschaften, die bis zur Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall teilweise jahrzehntelang ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt haben, das im Einklang mit der Rechtslage stand, muss einheitlich in allen relevanten Rechtskreisen ausgestaltet sein. Die Ausnahme von den erlaubnis- und aufsichtsrechtlichen Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist insofern eine Folgeänderung zur Einführung des § 176 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

Zu Nummer 1

Die Regelungen sehen die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung im Notlagentarif und die Einführung eines Aufrechnungsverbots des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers im Notlagen- und Basistarif vor. Hierdurch werden die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von im Notlagen- und Basistarif Versicherten verbessert, indem das Forderungsausfallrisiko für den Leistungserbringer reduziert und die Akzeptanz, Privatversicherte in diesen Tarifen zu behandeln, erhöht wird.

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird der bestehende Direktanspruch der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung im Basistarif nach § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz auf den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet. Der Versicherer und der Versicherungsnehmer haften im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers gesamtschuldnerisch. Dem Versicherungsnehmer wird durch die gesamtschuldnerische Haftung mit dem Versicherer ein weiterer, solventer Schuldner zur Seite gestellt.

Die Einführung eines Direktanspruchs ist gerade bei einer Versicherung im Notlagentarif sachgerecht, da es hierbei insbesondere um die medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie für Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach gesetzlich eingeführten Programmen und für von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen geht. Um den Versicherer vor einer doppelten Inanspruchnahme durch Versicherungsnehmer und Leistungserbringer zu schützen, sehen die brancheneinheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif bereits eine unmittelbare Leistungsmöglichkeit des Versicherers an den Leistungserbringer vor, wenn der Leistungserbringer diesem eine Rechnung übersendet oder dieser im Falle der Einreichung der Rechnung durch den Versicherungsnehmer nicht nachweist, dass er die Forderung erfüllt hat. Auf der Grundlage des hiermit eingeführten Direktanspruchs auch für den Notlagentarif kann der gemäß § 158 Versicherungsaufsichtsgesetz mit dieser Aufgabe beliehene Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. für den Notlagentarif eine entsprechende Regelung in den Allgemeinen Vertragsbedingungen vorsehen.

Zu Buchstabe b

Mit dem Aufrechnungsverbot in den Sätzen 3 und 4 – neu – wird klargestellt, dass eine Aufrechnung mit Prämienforderungen sowohl aus der Krankheitskostenversicherung als auch aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus diesen Versicherungen unzulässig ist, wenn der Versicherungsnehmer im Basis- oder Notlagentarif versichert ist. Um zu erreichen, dass der Versicherer ausstehende Prämienforderungen mit Forderungen des Versicherungsnehmers weder aus der Krankheitskostenversicherung noch aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung aufrechnen kann, werden mit der Regelung beide Aufrechnungswege ausgeschlossen. Damit wird eine Verlagerung der Aufrechnungspraxis zu Lasten der privaten Pflege-Pflichtversicherung vermieden. Durch die Nichtanwendbarkeit von § 35 ist zudem ausgeschlossen, dass der Versicherer im Basis- und im Notlagentarif mit einer Forderung aus dem Versicherungsvertrag gegenüber einem Dritten, wie einem Leistungserbringer, aufrechnen kann.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 SGB V anerkannt ist, nicht der Versicherungspflicht in der privaten

Krankenversicherung gemäß § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes unterliegen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 8 KHG)

Bei der Streichung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

Zu Nummer 2 (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a

Das bisherige geltende Erfordernis eines schriftlichen Antrags in Papierform wird um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option eines elektronischen Antrags zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Bei der Aufhebung der Nummer 3 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

Zu Nummer 3 (§ 17d KHG)

Zu Buchstabe a

Anstelle der Übermittlung der Einstufung nach der Psychiatrie-Personalverordnung auf der Grundlage des bisherigen Satz 2 ist zukünftig zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Zahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Zahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Die Psychiatrie-Personalverordnung ist zum 1. Januar 2020 durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, aufgehoben worden. Die bisherige Regelung in § 17d Absatz 9 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Datenübermittlung, die sich an Einrichtungen richtet, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, läuft seitdem leer. Die Schlüssel 9-980 ff., 9-981 ff., 9-982 ff. und 9-983 ff. des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen der Umsetzung der Datenübermittlungspflicht nach § 17d Absatz 9 Satz 2 KHG und sind in der Version 2021 des OPS nicht mehr enthalten. Die Änderung dient daher der Klarstellung.

Zu Nummer 4 (§ 18 KHG)

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Aufforderung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um die Option einer elektronischen Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Bestätigung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Bestätigung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Anpassung des Verweises in § 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG. Sie ist auf Grund der mit Artikel 5 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) zum 1. Januar 2021 erfolgenden Aufhebung von § 4 Absatz 8 KHEntgG notwendig. Mit der Anpassung wird gewährleistet, dass auch über den 31. Dezember 2020 hinaus der Verweis auf Absatz 8 in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung sichergestellt wird.

Zu Nummer 2 (§ 5 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Bei der Aufhebung des Absatzes 3a handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

Zu Buchstabe b

Bei der Ermittlung des je Krankenhaus durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrags für klinische Sektionen, die zu Zwecken der Qualitätssicherung durchgeführt werden, haben die Vertragsparteien nach § 11 die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den jeweils maßgeblichen Zeitraum kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen. Dies gewährleistet eine angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die regelmäßige Anpassung an die aktuellen Kalkulationsergebnisse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Zu Buchstabe c

Die Änderung sieht vor, dass der von den Vertragsparteien vor Ort für die Zeit ab dem 1. Januar 2022 zu vereinbarenden Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags, der anfällt, wenn ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nicht nachkommt, ohne Zu- und Abschläge für jeden voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren ist. Zu- und Abschläge bleiben bei der Bemessung des Abschlags außen vor, weil ansonsten beispielsweise unklar wäre, in welcher Reihenfolge Zu- und Abschläge, die sich ebenfalls auf den Rechnungsbetrag beziehen zu ermitteln wären. Die Vereinbarung der konkreten Höhe des Abschlags obliegt den Vertragsparteien vor Ort.

Zu Nummer 3 (§ 8 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Streichung der Ausnahmetatbestände in § 136b Absatz 3 und 5 SGB V a.F. sowie der Aufhebung der Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V (a. F.).

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die Option einer Bekanntmachung in Textform durch eine elektronische Alternative ersetzt. Dennoch besteht weiterhin die Möglichkeit, dass die Bekanntmachung in Papierform oder auf elektronischem Wege erfolgen kann, da die Alternative der schriftlichen Bekanntmachung im Regelungstext bestehen bleibt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt.

Zu Nummer 4 (§ 9 KHEntG)

Zu Buchstabe a

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) den Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Absatz 3b eingeführt und die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, insbesondere auch eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Die Vertragsparteien auf Bundesebene gaben in der Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 3 (Obduktionsvereinbarung) vom 19. Juli 2017 zu diesem Zweck eine Liste mit indikationsbasierten Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle vor und legten eine darauf basierende, jährlich ansteigende Obduktionsrate fest. Die Zahl der abgerechneten klinischen Sektionen wie auch die Zahl der Krankenhäuser, die einen Zuschlag vereinbaren, ist seit der Einführung deutlich hinter dem erwarteten Umfang zurückgeblieben und war zuletzt rückläufig. Seit 2019 können Krankenhäuser den Zuschlag nur noch vereinbaren, wenn sie eine indikationsbasierte Sektionsrate von 12,5 Prozent erfüllen. Wird die indikationsbasierte Obduktionsrate im Jahresverlauf nicht erfüllt, kann das Krankenhaus derzeit keine der durchgeführten klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung über den Zuschlag refinanzieren und muss die erhaltenen Mittel zurückzahlen. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung, die die festgelegten Indikationen nicht erfüllen, werden grundsätzlich nicht refinanziert. Im Jahr 2019 haben bundesweit nur 13 Krankenhäuser die erforderliche indikationsbasierte Obduktionsrate erreicht, während knapp 300 Krankenhäuser mindestens eine kodierte klinische Sektion durchführten. Zwei Drittel der kodierten klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung konnten somit nicht im Rahmen des Zuschlags refinanziert werden, da die Krankenhäuser die erforderliche indikationsbasierte Obduktionsrate nicht erreichten.

Um die klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, soll künftig eine größere Anzahl an Krankenhäusern die klinischen Sektionen, die zum Zweck der Qualitätssicherung durchgeführt wurden, über den Zuschlag nach § 5 Absatz 3b refinanzieren können. Zudem soll Planungssicherheit für die Krankenhäuser dahingehend geschaffen werden, dass jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen zu refinanzieren ist. Zu diesem Zweck werden die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Die bereits bestehende Obduktionsvereinbarung ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend kurzfristig anzu-

passen. Dabei sollen die Festlegung von Mindestanforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die Vorgaben zur Ermittlung und Berechnung des Zuschlags beibehalten werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen weiterhin das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der jährlichen Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion beauftragen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann seit dem Jahr 2019 die Kosten einer klinischen Sektion belastbar kalkulieren. Daher sind künftig die im jeweiligen Zeitraum maßgeblichen kalkulierten Kosten als Durchschnittskosten einer klinischen Sektion für die Ermittlung des je Krankenhaus durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrags zugrunde zu legen. Den Vertragsparteien nach § 11 ist das Ergebnis der Kalkulation für die Ermittlung des Zuschlagsbetrags nach § 5 Absatz 3b durch eine jährliche Veröffentlichung zugänglich zu machen.

Zu Buchstabe b

Bei der Aufhebung der Nummer 4 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V (a. F.) zu treffen.

Zu Nummer 5 (§ 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die Korrektur eines fehlerhaften Verweises, der aktuell ins Leere läuft. Anstelle auf § 9 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG ist auf § 9 Absatz 1b Satz 2 KHEntgG zu verweisen. Damit wird die Möglichkeit erhalten, dass von den Vertragsparteien vorgegebener Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann, bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Aufforderung zur Verwaltungvereinfachung eingeräumt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungvereinfachung eingeräumt.

Zu Nummer 6 (§ 11 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungseinfachung eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Aufforderung zur Verwaltungseinfachung eingeräumt.

Zu Nummer 7 (§ 15 KHEntgG)

Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Durch die entsprechende Anwendung der Sätze 1 und 2 erfolgt auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden.

Zu Artikel 7 (Änderung des Ergotherapeutengesetzes)

Nach § 4 Absatz 5 bis 7 des Ergotherapeutengesetzes können die Länder zur Erprobung von neuen Ausbildungsangeboten von diesem Gesetz und von der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen. Auf der Basis dieser Modellklausel sind in verschiedenen Ländern Studiengänge entstanden, nach deren Absolvierung die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Ergotherapeutin oder Ergotherapeut erworben werden kann. Die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen ist bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Mit der Änderung wird ihre Geltung bis Ende 2026 verlängert. Diese Verlängerung ermöglicht den Ländern, gewachsene Strukturen zunächst fortzuführen. Es ist beabsichtigt, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen neu zu ordnen und zukunftsgerecht weiterzuentwickeln. Grundlage hierfür sind die Eckpunkte des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“, die Bund und Länder in einem intensiven Diskussionsprozess gemeinsam entwickelt haben. Dies schließt die Ausbildung zur Ergotherapeutin und zum Ergotherapeuten ein. Im Rahmen des neuen Berufsgesetzes wird auch zu regeln sein, ob und wenn ja in welcher Ausgestaltung zukünftig akademische Ausbildungsangebote erfolgen sollen. Die Verlängerung der Modellklausel ermöglicht hierzu für den Bereich der Ergotherapie eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung. Die bestehenden Modellstudiengänge können gegebenenfalls ein wichtiger Baustein sein, um reguläre akademische Ausbildungsangebote aufzubauen. Dies zeigen Erfahrungen mit dem Anfang 2020 in Kraft getretene Hebammengesetz, das ein Beispiel für eine Vollakademisierung ist. Die Ausbildung wird zukünftig also allein in einem Studiengang angeboten, der dual ausgestaltet ist. Ein weiteres Beispiel ist das ebenfalls Anfang 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz. Hier ist eine Teilakademisierung erfolgt, die Ausbildung kann sowohl fachschulisch als auch im Rahmen von Studiengängen absolviert werden.

Zu Artikel 8 (Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden)

Nach § 4 Absatz 5 bis 7 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden können die Länder zur Erprobung von neuen Ausbildungsangeboten von diesem Gesetz und von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden abweichen. Auf der Basis dieser Modellklausel sind in verschiedenen Ländern Studiengänge entstanden, nach deren Absolvierung die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Logopädin oder Logopäde erworben werden

kann. Die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen ist bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Mit der Änderung wird ihre Geltung bis Ende 2026 verlängert. Diese Verlängerung ermöglicht den Ländern, gewachsene Strukturen zunächst fortzuführen. Es ist beabsichtigt, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen neu zu ordnen und zukunftsgerecht weiterzuentwickeln. Grundlage hierfür sind die Eckpunkte des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“, die Bund und Länder in einem intensiven Diskussionsprozess gemeinsam entwickelt haben. Dies schließt die Ausbildung zur Logopädin und zum Logopäden ein. Im Rahmen des neuen Berufsgesetzes wird auch zu regeln sein, ob und wenn ja in welcher Ausgestaltung zukünftig akademische Ausbildungsangebote erfolgen sollen. Die Verlängerung der Modellklausel ermöglicht hierzu für den Bereich der Logopädie eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung. Die bestehenden Modellstudiengänge können gegebenenfalls ein wichtiger Baustein sein, um reguläre akademische Ausbildungsangebote aufzubauen. Dies zeigen Erfahrungen mit dem Anfang 2020 in Kraft getretene Hebammengesetz, das ein Beispiel für eine Vollakademisierung ist. Die Ausbildung wird zukünftig also allein in einem Studiengang angeboten, der dual ausgestaltet ist. Ein weiteres Beispiel ist das ebenfalls Anfang 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz. Hier ist eine Teilakademisierung erfolgt, die Ausbildung kann sowohl fachschulisch als auch im Rahmen von Studiengängen absolviert werden.

Zu Artikel 9 (Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes)

Nach § 9 Absatz 2 bis 4 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes können die Länder zur Erprobung von neuen Ausbildungsangeboten von diesem Gesetz und von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten abweichen. Auf der Basis dieser Modellklausel sind in verschiedenen Ländern Studiengänge entstanden, nach deren Absolvierung die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Physiotherapeutin oder Physiotherapeut erworben werden kann. Die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen ist bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Mit der Änderung wird ihre Geltung bis Ende 2026 verlängert. Diese Verlängerung ermöglicht den Ländern, gewachsene Strukturen zunächst fortzuführen. Es ist beabsichtigt, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen neu zu ordnen und zukunftsgerecht weiterzuentwickeln. Grundlage hierfür sind die Eckpunkte des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“, die Bund und Länder in einem intensiven Diskussionsprozess gemeinsam entwickelt haben. Dies schließt die Ausbildung zur Physiotherapeutin und zum Physiotherapeuten ein. Im Rahmen des neuen Berufsgesetzes wird auch zu regeln sein, ob und wenn ja in welcher Ausgestaltung zukünftig akademische Ausbildungsangebote erfolgen sollen. Die Verlängerung der Modellklausel ermöglicht hierzu für den Bereich der Physiotherapie eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung. Die bestehenden Modellstudiengänge können gegebenenfalls ein wichtiger Baustein sein, um reguläre akademische Ausbildungsangebote aufzubauen. Dies zeigen Erfahrungen mit dem Anfang 2020 in Kraft getretene Hebammengesetz, das ein Beispiel für eine Vollakademisierung ist. Die Ausbildung wird zukünftig also allein in einem Studiengang angeboten, der dual ausgestaltet ist. Ein weiteres Beispiel ist das ebenfalls Anfang 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz. Hier ist eine Teilakademisierung erfolgt, die Ausbildung kann sowohl fachschulisch als auch im Rahmen von Studiengängen absolviert werden.

Zu Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift wird an die bestehende Terminologie des Gesetzes angepasst und redaktionell berichtigt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift wird an die bestehende Terminologie des Gesetzes angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a) wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ermächtigt, neben den genannten personenbezogenen Daten auch den Dokortitel sowie ein Pseudonym der Krankenversichertennummer nach § 290 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu erheben und zu speichern. Der Dokortitel als Namenszusatz ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das Fehlzuordnungen von Einträgen bei Doppelung der übrigen genannten personenbezogenen Daten verhindern kann. Dies gilt insbesondere für solche Personen, die über keine Krankenversichertennummer verfügen. Auch die Erhebung und Speicherung eines Pseudonyms der Krankenversichertennummer von gesetzlich krankenversicherten Personen dient ausschließlich dem Zweck, mögliche Fehlzuordnungen bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall zu vermeiden. Die Krankenversichertennummer ist dabei vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Form aus ihr abgeleiteter und nicht rückübersetzbarer kryptischer Zeichenketten (Hashwerte) datenschutzkonform zu pseudonymisieren und in dieser Form zu verarbeiten.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c) wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ermächtigt, neben den genannten personenbezogenen Daten auch den Geburtsort der benannten Person mit deren Einwilligung zu speichern. Der Geburtsort ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das Fehlzuordnungen von Einträgen bei

Doppelung der übrigen genannten personenbezogenen Daten benannter Personen verhindern kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung des Absatzes 3 Nummer 2 wird sichergestellt, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berechtigt ist, die in Absatz 3 genannten personenbezogenen Daten von solchen Transplantationsbeauftragten zu erheben und zu speichern, die nicht Ärzte sind. Zu Transplantationsbeauftragten nach § 9b kann neben Ärzten auch pflegerisches Fachpersonal bestellt werden. Die Ergänzung in Buchstabe b) ist erforderlich, damit dem Arzt oder dem Transplantationsbeauftragten seine persönliche Zugangsberechtigung zum Register und seine Registrierungsdaten zugestellt werden können. Ein Funktionspostfach des Krankenhauses ist dazu nicht geeignet.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Ergänzung legt die eindeutige Zweckbestimmung der Verarbeitung des Pseudonyms der Krankenversichertennummer fest. Die Krankenversicherthenummer darf unter anderem nicht zur Authentifizierung der erklärenden Person bei Eintrag der Erklärung oder als Ordnungskriterium der Datenstrukturen dienen. Nur die Verwendung des Pseudonyms der Krankenversicherthenummer zum Ausschluss von Verwechslungen bei Abfragen ist zulässig. Dieses liegt auch ausdrücklich im Interesse der erklärenden Person. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat ein entsprechendes Verfahren im Benehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit festzulegen.

Zu Buchstabe c

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass der Abruf der Erklärung zur Organspende von allen nach § 2a Absatz 2 Auskunftsberechtigten, d.h. auch von pflegerischen Transplantationsbeauftragten, erfolgen kann.

Zu Nummer 4

Ziel des Registers ist es, neben der verlässlich auffindbaren Dokumentation von persönlichen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, den nach § 2 Absatz 1 mit der Aufklärung über die Organ- und Gewebespende nach Landesrecht beauftragten Stellen, den Bundesbehörden, insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, und den Krankenkassen belastbare Daten zu Art und Anzahl dieser Erklärungen, ihrer Änderungen und ihrer Widerrufe zu geben. Die Daten können Aufschluss darüber geben, ob und ggf. inwieweit Anpassungen der Aufklärungsarbeit erforderlich sein können. Dazu veröffentlicht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form einmal jährlich die entsprechenden Daten jeweils zum 30. Juni in geeigneter Weise.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2 RSAV)

Zu Buchstabe a

Der Verweis auf den neuen § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V wird ergänzt, da dieser ein Risikomerkmale des RSA festlegt und damit § 266 Absatz 2 SGB V ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In der Aufzählung der im RSA zu berücksichtigenden Risikomerkmale in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird als Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V die Angabe des § 45 SGB V gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Änderungsbefehl cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Entsprechend der Anpassung in Änderungsbefehl a wird das Risikomerkmale Auslandsversicherte in der Aufzählung des § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 ergänzt.

Zu Buchstabe c

§ 2 Absatz 1 Satz 3, der dem BAS eine abweichende Abgrenzung der Risikogruppen zum Risikomerkmale Krankengeldbezug gestattet, findet keine Anwendung und wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 2 (§ 4 RSAV)

In der Aufzählung der für den RSA zu berücksichtigenden Leistungsausgaben in § 4 Absatz 1 wird als Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V die Angabe des § 45 SGB V gestrichen.

Zu Nummer 3 (§ 7 RSAV)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Der Verweis auf § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V wird ergänzt, da sich dort die Regelung einer neuen Datenmeldung für die Weiterentwicklung des RSA findet.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Änderungsbefehl ddd.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung einer neuen Datenmeldung in § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 7 wird auf Grundlage von § 267 Absatz 4 Satz 1 SGB V vorgegeben, dass bei der Meldung nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b das Länderkennzeichen zu melden ist, das am letzten relevanten Versicherungstag des Berichtsjahres zutreffend ist. Dies betrifft den Fall, dass den Auslandsversicherten mehrere Länderkennzeichen in einem Berichtsjahr zugeordnet werden können.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung einer neuen Datenmeldung in § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 8 RSAV)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, um den Verweis auf das Versichertenklassifikationsmodell in § 8 Absatz 4 zu vereinheitlichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch den neuen Verweis auf § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird verdeutlicht, dass für die Datengrundlage für die regionalen Merkmale ausschließlich die für die Durchführung des RSA bestimmten versichertenbezogenen Daten verwendet werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da das Risikomerkmale Auslandsversicherte nun im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 benannt wird.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Absatz 5 Satz 1 wird aufgehoben, da das Risikomerkmale Auslandsversicherte nun im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 benannt wird und das Verfahren der Ermittlung von Risikozuschlägen ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem neuen § 269 Absatz 3 Satz 2 SGB V erfolgt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf die Risikogruppen für Auslandsversicherte.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die neuen Sätze 4 und 5 beziehen sich auf das Verfahren nach dem bisherigen Absatz 5 Satz 1 und werden daher ebenfalls aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Das BAS wird ermächtigt, landesspezifische Risikogruppen zu einer länderübergreifenden Risikogruppe zusammenzufassen. Dies kann beispielsweise sinnvoll sein, wenn für die

Auslandsversicherten einzelner Länder nur eine geringe Zahl an Versichertentagen gemeldet wurden oder wenn aufgrund des Zeitablaufs zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland und der Begleichung der Rechnung durch die jeweilige Krankenkasse für einzelne Länder nur Versichertentage nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 oder nur Rechnungsbeträge nach § 269 Absatz 4 Satz 1 SGB V gemeldet wurden.

Zu Nummer 5 (§ 10 RSAV)

Im neuen § 10 wird der Inhalt der Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats zu Modellen für die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V vorgegeben. Diese erfolgt im Rahmen der ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V und auf Grundlage der Daten, die für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA von den Krankenkassen ans BAS übermittelt werden.

Der Wissenschaftliche Beirat soll insbesondere Modelle überprüfen, bei denen die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V einerseits auf der Grundlage von standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen und andererseits auf der Grundlage standardisierter Leistungsausgaben für das Krankengeld ermittelt werden. Im Rahmen der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind insbesondere Morbiditätskriterien und im Rahmen der Standardisierung der Krankengeldleistungsausgaben insbesondere Morbiditätskriterien und beitragspflichtige Einnahmen einzubeziehen.

Damit werden insbesondere die beiden Modelltypen untersucht, die von den beiden Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld empfohlen wurden.

Der Wissenschaftliche Beirat bezieht in seine Untersuchung auch das aktuelle Verfahren für das Krankengeld nach § 44 SGB V mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich mit ein und stellt dieses den anderen untersuchten Modellen gegenüber.

Zu Nummer 6 (§ 11 RSAV)

§ 11 bestimmt, dass, soweit sich die Zuweisungen auf die standardisierten Aufwendungen für Krankengeld beziehen, die §§ 5 bis 7 und 10 i.d.F. vom 31. März 2020 weiterhin maßgeblich sind. Infolge des neuen § 269 Absatz 2 SGB V wird der Verweis präzisiert.

Zu Nummer 7 (§ 18 RSAV)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 18 Absatz 1 Satz 2 bezieht sich auf die Vorgabe des bisherigen § 269 Absatz 2 SGB V, die sich im neuen § 269 SGB V nicht mehr findet, und wird daher aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 1 SGB V und weitere redaktionelle Anpassungen der Begrifflichkeiten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch den neuen Satz 3 wird die Vorgabe des neuen § 269 Absatz 2 SGB V umgesetzt. Durch den Regelungsort in § 18 Absatz 1 wird festgelegt, dass der vollständige Ausgleich der Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 45 SGB V im Jahresausgleich erfolgt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V. Über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen werden im Jahresausgleich die auf Grundlage der tatsächlichen Ausgaben der GKV berechneten Zuweisungen an das für das entsprechende Ausgleichsjahr zur Verfügung stehende Zuweisungsvolumen angepasst. Im Rahmen dieser Berechnungen ist nun auch die Höhe der Ausgleichsbeträge nach dem neuen § 269 Absatz 2 SGB V zu berücksichtigen.

Zu Nummer 8 (§ 19 RSAV)

In § 19 Absatz 2 wird der Verweis auf § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ohne inhaltliche Änderung redaktionell ergänzt.

Zu Nummer 9 (§ 20 RSAV)

Ein redaktionelles Versehen im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz wird durch die Anpassung bereinigt.

Zu Nummer 10 (§ 27 RSAV)

Mit dem neuen Absatz 3 werden die notwendigen Vorgaben für die Umsetzung des neuen § 269 Absatz 6 SGB V getroffen. Dieser bestimmt, dass bis zum Ausgleichsjahr 2022 die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 umfassen. Zudem erfolgt das Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte bis zum Ausgleichsjahr 2022 auf der Grundlage des derzeitigen § 269 Absatz 1 und 2. Entsprechend sind daher auch die derzeitigen Verfahrensregelungen von § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 für das Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bis zum Ausgleichsjahr 2022 weiter anzuwenden.

Zu Artikel 12 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 18 Ärzte-ZV)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

In § 18, der regelt, welche Angaben der Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung enthalten muss und welche Nachweise beizufügen sind, wird in Absatz 2 Nummer 6 die Neuregelung des § 95e Absatz 3 SGB V nachvollzogen. Danach ist Zulassungsvoraussetzung auch die Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 VVG, mit der das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung nachgewiesen wird.

Zu Nummer 2 (§ 26 Ärzte-ZV)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

In der Neuregelung des § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird der in § 95e Absatz 3 SGB V vorgesehene neue Ruhenstatbestand aufgrund eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht nachvollzogen. § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 übernimmt das bisherige Recht.

Zu Nummer 3 (§ 31 Ärzte-ZV)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

Mit der Änderung in § 31 Absatz 6 Satz 2 werden auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 VVG vorzulegen, wenn sie einen Antrag auf Ermächtigung stellen. Mit der Änderung in Absatz 8 Satz 3 wird der in § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V vorgesehene neue Widerrufstatbestand bei Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht nachvollzogen.

Zu Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Zahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 18 Zahnärzte-ZV)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

In § 18, der regelt, welche Angaben der Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung enthalten muss und welche Nachweise beizufügen sind, wird in Absatz 2 Nummer 6 die Neuregelung des § 95e Absatz 3 SGB V nachvollzogen. Danach ist Zulassungsvoraussetzung auch die Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 VVG, mit der das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung nachgewiesen wird.

Zu Nummer 2 (§ 26 Zahnärzte-ZV)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

In der Neuregelung des § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird der in § 95e Absatz 3 SGB V vorgesehene neue Ruhestatbestand aufgrund eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht nachvollzogen. § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 übernimmt das bisherige Recht.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a und Zu Buchstabe b

Mit der Änderung in § 31 Absatz 6 Satz 2 werden auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 VVG vorzulegen, wenn sie einen Antrag auf Ermächtigung stellen. Mit der Änderung in Absatz 8 Satz 3 wird der in § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V vorgesehene neue Widerrufstatbestand bei Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht nachvollzogen.

Zu Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3 BPfIV)

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Mitteilung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Mitteilung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Nummer 2 (§ 5 BPfIV)

Bei der Aufhebung des Absatzes 3 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V (a. F.) zu treffen.

Zu Nummer 3 (§ 8 BPfIV)

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Bekanntmachung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Bekanntmachung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Nummer 4 (§ 9 BPfIV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschusses, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V (a. F.) zu treffen.

Zu Nummer 5 (§ 11 BPfIV)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Aufforderung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

Zu Nummer 6 (§ 15 BPfIV)

Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Durch die entsprechende Anwendung der Sätze 1 bis 3 erfolgt auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden.

Zu Artikel 15 (Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen)

Für die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Fachkräftemonitorings schafft § 1 die Rechtsgrundlage, aufgrund der das Statistische Bundesamt die erforderlichen Angaben bei den Stellen, die über bundesweite Daten zu diesen Sachverhalten verfügen, erheben und aufbereiten kann. § 1 setzt das regionale Fachkräftemonitoring als neue Bundesstatistik um, die über das Angebot und die Nachfrage von Fachkräften in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens informieren soll. § 2 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, nähere Bestimmungen zur Durchführung der Statistiken durch Rechtsverordnung zu regeln. Die zulässigen Datenübermittlungen werden in § 3 niedergelegt.

Zu § 1 (Gegenstand, Zwecke und Durchführung der Statistiken)

Zu Absatz 1

Diese Vorschrift regelt den Zweck der Datenerhebungen, wonach zur Beurteilung und Gestaltung der Gesundheits- und Fiskalpolitik sowie der Fachkräftesicherung Erhebungen über die Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, über die Krankheitskosten, zum Gesundheitspersonal sowie für ein regionales Fachkräftemonitoring durchgeführt werden sollen.

Die Notwendigkeit einer aktuellen, zuverlässigen und genauen Berichterstattung setzt Erhebungen mit Auskunftspflicht gemäß Absatz 1 voraus, wie sie auch in anderen amtlichen Statistiken üblich ist. Die Auskunftspflicht ist erforderlich, damit die regelmäßige Datenlieferung und Qualität der statistischen Ergebnisse sichergestellt werden kann. Dies belegen die Erfahrungen bei der Durchführung anderer Erhebungen, beispielsweise sowohl im Handel als auch im Dienstleistungsbereich.

Zu Absatz 2

Das Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Sektor der deutschen Volkswirtschaft, für dessen Entwicklung und Steuerung regelmäßig relevante und aktuelle Parameter als Grundlage für die politischen Entscheidungsträger und die breite Öffentlichkeit vorliegen müssen. Von besonderem Interesse sind Strukturinformationen über die Höhe der Gesundheitsausgaben zum Beispiel nach Ausgabenträgern, Einrichtungen und Leistungsarten, die auch eine Messung der finanziellen Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in Deutschland erlauben. Gleichzeitig ist auch die Art und Weise der Finanzierung von Gesundheitsausgaben über die unterschiedlichen Ausgabenträger von Interesse. Informationen zu den Krankheitskosten nach Einrichtungen, Diagnosen und demografischen Merkmalen sowie deren Beurteilung im gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kontext sind ebenfalls relevant. Für die Steuerung der personellen Ressourcen werden unter anderem Angaben zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Personenzahl und als Vollzeitäquivalente nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtung und Beschäftigungsart benötigt. Das Gesundheitspersonal nach Absatz 2 Nummer 3 bezeichnet das Personal, das in der derzeitigen Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes ausgewiesen wird. Die Gesundheitspersonalrechnung differenziert dabei u. a. nach den Einrichtungen Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre/teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung, sonstige Einrichtungen und Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens. Für Angaben zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen kann auf vorhandene Quellen zurückgegriffen werden. Die gesundheitsbezogenen Rechensysteme generieren einen Informationsmehrwert, indem sie die entsprechenden sekundärstatistischen Angaben systematisch zusammenführen und strukturiert aufbereiten.

Um beurteilen zu können, ob die Bevölkerung in Deutschland flächendeckend durch qualifiziertes Gesundheitspersonal adäquat versorgt wird, ist es erforderlich, ein regionales Fachkräftemonitoring aufzubauen. Hierdurch wird es möglich zu ermitteln, für welche Berufsgruppen ein regionalspezifischer Mangel oder Überschuss besteht bzw. perspektivisch bestehen kann. Das regionale Fachkräftemonitoring könnte sich im ersten Schritt auf ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen beziehen und perspektivisch auf weitere Einrichtungen wie Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe und Apotheken ausgeweitet werden.

Ein solches Instrument kann bei Fragen bspw. zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen und für ein Monitoring des Prozesses der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wichtige Erkenntnisse liefern. Dazu wurde auch im Rahmen der KAP zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales in der

Arbeitsgruppe 2 vereinbart, das Fachkräftemonitoring für Steuerungs- und Planungszwecke zu verbessern. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über die regionale Verteilung der beruflich Pflegenden und den Pflegepersonalbedarf sollen eine gezielte und wirkungsvolle Umsetzung pflegepolitischer Maßnahmen der KAP unterstützen. Vor diesem Hintergrund wird das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Verordnungsermächtigung den Aufbau eines regionalen Fachkräftemonitorings für das Personal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen initiieren. Zudem kann mithilfe der Regelung zu einem regionalen Fachkräftemonitoring die Zielsetzung des Koalitionsbeschlusses vom 3. Juni 2020 und der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 17. Juni 2020 zur bundesweit einheitlichen Ausweisung des Personals des öffentlichen Gesundheitsdiensts auf regionaler Ebene umgesetzt werden. Damit trägt ein regionales Fachkräftemonitoring auch zu Maßnahmen des Gesundheitsschutzes im gemeinsamen Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums des Inneren bei.

Anders als bei der vorgesehenen Anordnung der Bundesstatistiken nach den Nummern 1 bis 3 handelt es sich beim regionalen Fachkräftemonitoring um eine neu zu schaffende Statistik, deren Umsetzung entsprechender Vorarbeiten bedarf. Vor diesem Hintergrund ist der Zeitpunkt der erstmaligen Datenübermittlung zum regionalen Fachkräftemonitoring als Bundesstatistik noch offen und unterliegt der Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen seiner Rechtsverordnungsermächtigung nach § 2.

Zu Absatz 3

Absatz 3 umschreibt den Kreis der Datenhalter, die über bundesweite Daten zu den in Absatz 2 genannten Sachverhalten verfügen. Dabei handelt es sich um eine Vielzahl von Verwaltungsbehörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts, aber auch privatrechtlich organisierte Stellen wie Unternehmen, rechtsfähige und nichtrechtsfähige Vereine, Stiftungen, Arbeitsgemeinschaften.

So können beispielsweise bundesweite Daten zur Berechnung der Gesundheitsausgaben den amtlichen Statistiken der Krankenversicherung entnommen werden, die in der sogenannten KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit Eingang finden. Hier sind die Gesundheitsausgaben aller Krankenkassen differenziert erfasst. Dies ermöglicht eine detaillierte Aufgliederung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten für diesen Ausgabenträger. Entsprechende Daten sind bei den privaten Krankenversicherungen sowie bei den Beihilfeträgern des Bundes und der Länder vorhanden.

Um beispielsweise die Krankheitskosten im Bereich der Arztpraxen zu berechnen, führt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland eine umfangreiche Sonderauswertung zu alters-, geschlechts- und diagnosespezifischen Verteilungen der Ausgaben durch. Die Bundesagentur für Arbeit stellt für die Gesundheitspersonalrechnung eine Sonderauswertung der sozialversicherten Personen nach Beschäftigungsart, demografischen Merkmalen sowie Berufen und Wirtschaftszweigen bereit.

Vor diesem Hintergrund kommen als Berichtsstellen beispielsweise der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, das Wissenschaftliche Institut der PKV, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die Bundesagentur für Arbeit sowie Ministerien in Betracht. Die Daten der unterschiedlichen Datenhalter werden durch das Statistische Bundesamt geprüft, aufbereitet und zusammengeführt.

Eine Konkretisierung der Berichtsmerkmale ist gemäß § 2 dem Ordnungsgeber vorbehalten.

Zu Absatz 4

Die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung sowie des Personals im Gesundheitswesen dienen zudem der Erfüllung europäischer und internationaler Lieferverpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland. Daten zu den Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung sowie des Personals im Gesundheitswesen werden jährlich dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verfügung gestellt. Diese Lieferverpflichtungen ergeben sich aus der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (ABl. L 354 vom 31.12.2008, S. 70) in der jeweils geltenden Fassung sowie aus den auf dieser Verordnung basierenden Rechtsakten.

Zu Absatz 5

Die Statistiken werden als zentrale Erhebungen vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Landesstatistische Daten zu den Gesundheitsausgaben und zum Gesundheitspersonal sind nur zum Teil verfügbar und auf einzelne Merkmale beschränkt. Daten zu den Krankheitskosten liegen aktuell auf Länderebene nicht vor und sind in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Zu § 2 (Verordnungsermächtigung)

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, erforderliche Regelungsinhalte der Statistiken nach § 9 des Bundesstatistikgesetzes sowie nähere Bestimmungen zu ihrer Durchführung durch Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Die Rechtsverordnungen werden insbesondere den Berichtszeitraum, die Periodizität, den Kreis der zu Befragenden, die Merkmale, den Zeitpunkt der Datenübermittlung und die Möglichkeit der Zusammenführung von Daten regeln. Durch die Schaffung von Verordnungsermächtigungen wird sichergestellt, dass die Statistiken entsprechend des aktuellen Datenbedarfs, der Datenverfügbarkeit und der Operationalisierbarkeit weiterentwickelt werden können. Dabei sind entsprechende Verordnungen für die Bundestatistiken nach § 1 Nummer 1 bis 3 kurzfristig umsetzbar, da diese Statistiken bereits grundsätzlich bestehen. Für die Rechtsverordnung zur Einführung eines regionalen Fachkräftemonitorings sind hingegen weitere Vorarbeiten erforderlich.

Zu § 3 (Übermittlungsregelung)

Zu Absatz 1

Nach § 16 Absatz 4 des Bundesstatistikgesetzes dürfen den obersten Bundes- und Landesbehörden für festgelegte Verwendungszwecke Tabellen mit Ergebnissen übermittelt werden, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall enthalten, wenn die eine Bundesstatistik anordnende Rechtsvorschrift eine solche Übermittlung ausdrücklich vorsieht. § 4 Abs. 1 enthält diese Übermittlungsregelung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, dass, wie auch bei sonstigen zentral durchgeführten Bundesstatistiken, die Länderinteressen berücksichtigt werden und das Statistische Bundesamt den statistischen Ämtern der Länder entsprechend die ihren jeweiligen Erhebungsbereich betreffenden Einzelangaben für Sonderaufbereitungen auf regionaler Ebene und insbesondere auch für länderspezifische Gesundheitsrechnungen als Teil der Gesamtsysteme des Bundes und der Länder übermitteln darf.

Zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Die Regelung zum elektronischen Abrufverfahren zwischen Finanzämtern und Krankenkassen tritt am 1. Januar 2023 in Kraft, um den beteiligten Stellen ausreichend Zeit zur technischen und organisatorischen Umsetzung des neuen Verfahrens einzuräumen.

Zu Absatz 3

Das Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz soll entsprechend dem Kabinettschluss vom 12. Dezember 2018 zum Arbeitsprogramm „Bessere Rechtsetzung und Bürokratieabbau 2018“ zum auf die Verkündung folgenden Quartalsbeginn in Kraft treten.