Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 18/1307, 18/1579 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/557 –

Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stoppen

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/574 –

Unabhängige Patientenberatung stärken und ausbauen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung geht davon aus, dass trotz der derzeit positiven Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) perspektivisch die voraussichtlichen Ausgaben die Einnahmen übersteigen werden und deshalb eine neue Finan-

zierungsgrundlage erforderlich ist. Außerdem sollten die bei der ambulanten und stationären Versorgung vorhandenen Verbesserungspotenziale durch eine stärkere Qualitätsorientierung identifiziert und genutzt werden.

Zu Buchstabe b

Seit Januar 2013 können Krankenhäuser optional mit dem pauschalisierten Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) arbeiten. Ab Anfang 2015 soll das PEPP in allen psychiatrischen und psychosomatischen Stationen und Krankenhäusern Anwendung finden. Laut den Antragstellern befürchte ein breites zivilgesellschaftliches Bündnis aber falsche Anreize durch das neue Abrechnungssystem. Es würden weder die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt noch die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals oder die Behandlungsqualität verbessert.

Zu Buchstabe c

Nach einer zehnjährigen Modellphase ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) am 1. Januar 2011 im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als Regelleistung verankert worden. In den Jahren 2012 und 2013 wurden jeweils 80 000 Beratungen verzeichnet. Mit der stetig wachsenden Beratungsnachfrage sinkt nach Auffassung der Antragsteller die Erreichbarkeit der UPD. Des Weiteren würden jene Menschen die UPD selten erreichen, die aufgrund von erschwerten Lebensbedingungen die Beratung am ehesten benötigten. Ferner sei die Neutralität und Unabhängigkeit der UPD fraglich, da die GKV sowohl die Finanzierung als auch die Vergabeverfahren steuere.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Durch den Gesetzentwurf soll die Finanzierungsgrundlage der GKV unter Beibehaltung der Beitragsautonomie neu gestaltet und dadurch nachhaltig gestärkt werden. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll künftig stärker über die Qualität der Leistungen und eine effiziente Mittelverwendung, die sich u. a. in der Beitragshöhe ausdrücken wird, stattfinden. Zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität und um Gesundheitsleistungen vergleichbar darstellen zu können, soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gegründet werden, das u. a. Qualitätskriterien für die Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität entwickeln soll.

Annahme des Gesetzentwurfs auf den Drucksachen 18/1307, 18/1579 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der von verschiedener Seite geäußerten Kritik fordern die Antragsteller, den Einführungsprozess des PEPP-Systems zu unterbrechen und eine Expertenkommission einzuberufen, die die Kritikpunkte aufgreift und Vorschläge für ein qualitätsförderndes Honorarsystem erarbeitet, das ebenso gute Arbeitsbedingungen ermöglicht.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/557 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern die Erweiterung der Beratungsstellen, um der Nachfrage gerecht zu werden und die Überführung der bisher freiwilligen Unterstützung der privaten Krankenversicherung als Regelleistung ins SGB V. Des Weiteren sei das

Ausschreibungsverfahren einem unabhängigen Institut zu übertragen, um die Neutralität bei der Auftragsvergabe zu gewährleisten.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/574 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b und c

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfs ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für die Bundesagentur für Arbeit verbunden.

1. Bund

Der Bund wird durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens entlastet, da die dafür bisher anzusetzenden Bundesmittel (§ 221b a. F. SGB V) nicht mehr benötigt werden. Die Höhe der Zahlungen zum Sozialausgleich wäre im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt worden.

2. Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden ergeben sich durch diesen Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Reduzierung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2 auf 7,3 Prozent Mindereinnahmen in einer Größenordnung von jährlich 11 Mrd. Euro. Diese Belastung kann durch die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge kompensiert werden.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Für die gesetzliche Rentenversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen. Zu den für die Rentenversicherungsträger durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

5. Bundesagentur für Arbeit

Für die Bundesagentur für Arbeit, die die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld trägt, führt die Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge zu Belastungen im Jahr 2016 von 30 Mio. Euro, im Jahr 2017 von 70 Mio. Euro und im Jahr 2018 von 130 Mio. Euro.

6. Gesetzliche Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

7. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug von einem erheblichen jährlichen Zeit- und Sachaufwand entlastet. Darüber hinaus werden Beziehende von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, durch die Einführung eines einheitlichen Versichertenstatus ab dem Jahr 2016 von Nachweispflichten im Zusammenhang mit der Prüfung der Familienversicherung durch die gesetzlichen Krankenkassen entlastet.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand entsteht durch den Quellenabzug der Zusatzbeiträge für die Arbeitgeber, der in vielen Fällen bereits von den IT-Wartungsverträgen erfasst wird. Durch die Abschaffung des bisher noch nicht durchgeführten, aber künftig ohne Gesetzesänderung zu erwartenden Sozialausgleichsverfahrens entfallen für Arbeitgeber insbesondere folgende Meldepflichten und Dialogverfahren:

- die Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Sozialausgleich durch die Krankenkassen; hieraus ergibt sich eine Entlastung von ca. 3 Mio. Euro jährlich,
- die Verpflichtung der Arbeitgeber, im Beitragsnachweis den Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs als Beitrag zu zahlen wäre,
- die Verarbeitung der Meldung der Krankenkasse, wenn aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen kein Sozialausgleich durchzuführen bzw. ein erhöhter Beitrag abzuführen wäre, sowie weitere Informationspflichten, die bei der Durchführung des Sozialausgleichs besonderer Mitgliedergruppen angefallen wären (unständig Beschäftigte, Beschäftigte, bei denen der Sozialausgleich nur unvollständig ausgeführt werden kann).

Entlastungen ergeben sich durch den Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen in Höhe von rund 22,395 Mio. Euro pro Jahr.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Es entsteht ein Erfüllungsaufwand für Gutachten in Höhe von 244 500 Euro, die das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA in Auftrag zu geben hat. Dem Bundesversicherungsamt entsteht ein derzeit nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand durch die Durchführung des Einkommensausgleichs sowie die satzungsrechtliche Genehmigung von Zusatzbeiträgen, dem ein Entfall von Erfüllungsaufwand durch die Abschaffung des Sozialausgleichs gegenübersteht. Der dem Bundesversicherungsamt entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Die Krankenkassen werden durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug von einem Personalaufwand je Mitglied von 13 Minuten, insgesamt in Höhe von ca. 500 Mio. Euro und einem Sachaufwand von rund 100 Mio. Euro entlastet. Die Krankenkassen werden durch den Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen von rund 8,709 Mio. Euro pro Jahr entlastet. Durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens entfallen verschiedene laufende Meldepflichten und Dialogverfahren für die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen (vgl. E.2). Der erheblichen Verwaltungsentlastung stehen Umstellungsaufwände gegenüber, bei der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von rund 400 000 Euro. Bei den genannten Sozialversicherungsträgern und der Künstlersozialkasse entstehen geringe einmalige Umstellungsaufwände durch den Quellenabzug der Zusatzbeiträge und für die Einrichtung entsprechender Dialogverfahren; bei der Bundesagentur für Arbeit fällt ein Umstellungsaufwand von 300 000 Euro an. Laufender Erfüllungsaufwand entsteht durch die Berücksichtigung geänderter Zusatzbeiträge. Infolge der Rechtsvereinfachung bei der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II fällt ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 1,2 Mio. Euro und für die zugelassenen kommunalen Träger von rund 150 000 bis 200 000 Euro an. Bezogen auf die Jobcenter entstehen Entlastungen durch die Rechtsvereinfachung bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Beziehenden von Arbeitslosengeld II in einer nur grob abschätzbaren Größenordnung von rund 26 Mio. Euro pro Jahr. Unter Zugrundelegung der Annahme, dass sich der Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen durch die entfallende Prüfung des Vorrangs der Familienversicherung in vergleichbarem Umfang wie bei den Jobcentern reduziert, ist von einer Entlastung in Höhe von 3,3 Mio. Euro pro Jahr auszugehen; der einmalige Umstellungsaufwand für die Krankenkassen aufgrund der Pauschalierung der Beiträge für die Beziehenden von Arbeitslosengeld II bewegt sich in ähnlicher Größenordnung wie bei der Bundesagentur für Arbeit und den zugelassenen kommunalen Trägern. Geringer Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger durch die Anpassung der Beitragsnachweisgrundsätze. Durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche jährliche Ausgaben im geschätzten unteren einstelligen Millionenbereich. Die Kosten des neuen Instituts werden ab dem Zeitpunkt, ab dem es die bisherigen sowie einige neue Aufgaben zur wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung erfüllt, auf insgesamt bis zu 14 Mio. Euro jährlich geschätzt. Grundlage der Schätzung sind die Erfahrungen mit der Gründung und den Kosten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie mit dem bisher beauftragten Qualitätsinstitut. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht durch die Einrichtung des Instituts ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau in Höhe von geschätzt rund 215 000 Euro. Diesem steht der Wegfall des Erfüllungsaufwands für die nach geltendem Recht regelmäßig notwendige und sehr aufwändige europaweite Neuausschreibung und Vergabe der In-

stitutsaufgaben in Höhe von jährlich 100 000 Euro gegenüber. Der Erfüllungsaufwand durch die Umsetzung neuer Aufgaben des Instituts ist wegen der notwendigen Vorfestlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses derzeit nicht quantifizierbar.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Antrag auf Drucksache 18/557 abzulehnen,
- c) den Antrag auf Drucksache 18/574 abzulehnen.

Berlin, den 4. Juni 2014

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Jens Spahn
Berichtersteller

Sabine Dittmar
Berichterstatlerin

Harald Weinberg

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatlerin

Berichtersteller

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

– Drucksachen 18/1307, 18/1579 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung	Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)	(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4382) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4382) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	1. § 5 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 2a werden die Wörter „, soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.	aa) In Nummer 2a werden das Komma und die Wörter „soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.
b) In Nummer 11a wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
	b) In Absatz 5a Satz 1 wird das Wort „unmittelbar“ durch das Wort „zuletzt“ ersetzt.
2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2,“ die Angabe „2a,“ eingefügt.	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. In § 53 Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „einschließlich Prämienzahlungen nach § 242“ gestrichen.	3. un verändert
	3a. § 65b wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 3 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.
	bb) In Satz 4 werden die Wörter „Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der“ durch die Wörter „Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den“ ersetzt und wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „sieben“ ersetzt.
	cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:
	„Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an.“
	b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2011“ durch die Angabe „2016“ und die Angabe „5 200 000“ durch die Angabe „9 000 000“ ersetzt.
	c) Absatz 3 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden die Wörter „und der nach § 10“ gestrichen.	4. un verändert
	4a. Dem § 132e Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmern innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.“
	4b. § 134a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe“ durch ein Komma und die Wörter „die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Hebammenhilfe“ die Wörter „unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten“ eingefügt.
	b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:
	„(1a) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. Sie sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“
	c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b und 1c eingefügt:
	„(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgt nach Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten. Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl unterjährige Wechselmöglichkeiten der Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt. Die erforderlichen Angaben nach den Sätzen 3 bis 5 hat die Hebamme im Rahmen ihres Antrags nach Satz 2 zu übermitteln. Für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 2 übermitteln die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen leistungserbringer- und nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten nach § 301a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6.</p>
	<p>(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer Eins-zu-eins-Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Gebur-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“
	d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1a Satz 1, Absatz 1b Satz 3 und Absatz 1c vorgegebenen Fristen zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der bisherige Vertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle vorläufig weiter.“
5. In § 136 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.	5. unverändert
6. In § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.	6. § 137 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§137a Absatz 3“ ersetzt.
	b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
	„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.“
7. § 137a wird wie folgt gefasst:	7. § 137a wird wie folgt gefasst:
„§ 137a	„§ 137a
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.	(1) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,	(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,
1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,	1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,	2. u n v e r ä n d e r t
3. sich an der Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,	4. u n v e r ä n d e r t
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,	5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt	6. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden sowie	
<p>7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.</p>	<p>7. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.</p>	<p>In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.</p>
<p>(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags. Das Institut kann sich auch ohne Auftrag mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. Für die Tätigkeit nach Satz 4 können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 4 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.</p>	<p>(4) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(5) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.</p>	
<p>(6) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben; soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.</p>	(6) u n v e r ä n d e r t
<p>(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:</p>	(7) u n v e r ä n d e r t
<p>1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,</p>	
<p>2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,</p>	
<p>3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,</p>	
<p>4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,</p>	
<p>5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,</p>	
<p>6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,</p>	
<p>7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,</p>	
<p>8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,</p>	
<p>9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,</p>	
<p>10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,</p>	
<p>11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sowie	
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.	
(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.	(8) un verändert
(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen anderen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.	(9) un verändert
(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder bei einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.“	(10) un verändert
8. In 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die	8. un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wörter „§ 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.	
9. § 171d Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	9. § 171d Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
<p>„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Der Darlehensbetrag ist <i>spätestens nach Ablauf von sechs Monaten</i> zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“</p>	<p>„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“</p>
10. § 175 wird wie folgt geändert:	10. § 175 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „gebunden“ die Wörter „, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Die Sätze 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:	bb) Die Sätze 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:
	<p>„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“</p>
<p><i>„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p><i>Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p><i>Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag</i></p>	<p>entfällt</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“</i>	
cc) Satz 10 wird aufgehoben.	cc) un verändert
b) Absatz 4a wird aufgehoben.	b) un verändert
11. § 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	11. un verändert
„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“.	
12. § 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.	12. un verändert
13. § 220 wird wie folgt geändert:	13. un verändert
a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242“ eingefügt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	
„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr	
1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,	
2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,	
3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie	
4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.	
Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.“	
14. § 221b wird aufgehoben.	14. un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
15. § 232a wird wie folgt geändert:	15. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“	
b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:	
„(1a) Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.“	
16. § 240 wird wie folgt geändert:	16. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223)“ eingefügt.	
b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „247 und 248“ durch die Wörter „247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2“ ersetzt.	
17. In § 241 wird die Angabe „15,5“ durch die Angabe „14,6“ ersetzt.	17. un v e r ä n d e r t
18. Die §§ 242 und 242a werden wie folgt gefasst:	18. Die §§ 242 und 242a werden wie folgt gefasst:
„§ 242	„§ 242
Zusatzbeitrag	Zusatzbeitrag
(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Ge-	(1) un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>sundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.</p>	
<p>(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t
<p>(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für</p>	(3) u n v e r ä n d e r t
<p>1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,</p>	
<p>2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,</p>	
<p>3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,</p>	
<p>4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie	
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.	
Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.	
(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.	(4) u n v e r ä n d e r t
	(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
§ 242a	§ 242a
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz	u n v e r ä n d e r t
(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.	
(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.“	
19. § 242b wird aufgehoben.	19. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
20. In § 243 Satz 3 wird die Angabe „14,9“ durch die Angabe „14,0“ ersetzt.	20. un verändert
21. § 247 wird wie folgt geändert:	21. un verändert
a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“	
22. § 248 wird wie folgt geändert:	22. § 248 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.	a) un verändert
b) Folgender Satz wird angefügt:	b) Folgender Satz wird angefügt:
„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“	„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“
23. § 249 wird wie folgt geändert:	23. un verändert
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
b) Absatz 4 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.	
24. In § 249a Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	24. un verändert
25. § 250 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	25. un verändert
a) In Nummer 3 wird das Komma gestrichen.	
b) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie den Zusatzbeitrag nach § 242“ gestrichen.	
26. § 251 wird wie folgt geändert:	26. un verändert
a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „und Abs. 3“ gestrichen.	
b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.“</p>	
c) Absatz 6 wird aufgehoben.	
27. § 252 wird wie folgt geändert:	27. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ gestrichen.	
b) Die Absätze 2a und 2b werden aufgehoben.	
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242, den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6“ durch die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung“ ersetzt.	
28. In § 255 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242“ gestrichen.	28. u n v e r ä n d e r t
29. § 256 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	29. § 256 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 werden die Wörter „fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind“ durch die Wörter „am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Satz 3 werden die Wörter „; § 28f Absatz 3 Satz 5 <i>des Vierten Buches</i> gilt entsprechend“ gestrichen.	b) In Satz 3 werden die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
30. § 257 wird wie folgt geändert:	30. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
31. In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragsatzes“ ersetzt.	31. u n v e r ä n d e r t
32. In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ ; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.	32. u n v e r ä n d e r t
33. In § 268 Absatz 3 Satz 14 wird vor dem Wort „Verfahren“ das Wort „sowie“ gestrichen und werden nach dem Wort „Datenerhebung“ die Wörter „sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig ist“ eingefügt.	33. u n v e r ä n d e r t
34. Nach § 268 wird folgender § 269 eingefügt:	34. u n v e r ä n d e r t
„§ 269	
Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	
(1) Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt.	
(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, ist die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen.	
(3) Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ebenso Einsicht in die dieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; L 200 vom 7.6.2004, S. 1; L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.</p>	
<p>(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3, insbesondere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben, zum Verfahren einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs sowie zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“</p>	
<p>35. Nach § 270 wird folgender § 270a eingefügt:</p>	<p>35. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„§ 270a</p>	
<p>Einkommensausgleich</p>	
<p>(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.</p>	
<p>(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.</p>	
<p>(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 ab, wird der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt.</p>	
<p>(4) Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“</p>	
<p>36. § 271 wird wie folgt geändert:</p>	<p>36. § 271 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>	<p>a) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden. Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.“</p>	
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde geleg-</p>	<p>„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde geleg-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“</p>	<p>ten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2015 2,5 Milliarden Euro abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221 Absatz 2 Satz 2 bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“</p>
<p>c) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>37. § 272 wird aufgehoben.</p>	<p>37. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>38. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ gestrichen.</p>	<p>38. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>39. § 299 wird wie folgt geändert:</p>	<p>39. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.</p>	
<p>b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „Satz 3“ die Angabe „bis 7“ eingefügt.</p>	
	<p>39a. § 303b wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.</p>
	<p>b) Die folgenden Absätze 2 bis 4 werden angefügt:</p>
	<p>„(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.</p>
	<p>(3) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.</p>
	<p>(4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.“</p>
40. § 304 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	40. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „oder des Risikopools (§ 269)“ gestrichen.	
b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
<p>„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren zu sperren und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen.“</p>	

41. Nach § 321 wird folgender § 322 eingefügt:	41. Nach § 321 wird folgender § 322 eingefügt:
„§ 322	„§ 322
Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen <i>nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4</i>	Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen
Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis <i>zum</i> 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“	Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
In § 40 Absatz 2 Nummer 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitssuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167) geändert worden ist, werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 335 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde; in den Fällen des § 335 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 besteht kein Beitragserstattungsanspruch“ eingefügt.	
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
In § 174 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes	

vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach den Wörtern „der gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt und wird die Angabe „§ 241“ durch die Angabe „§§ 241, 242a“ ersetzt.	
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 23 Absatz 1 Satz 4 wird aufgehoben.	1. u n v e r ä n d e r t
2. Dem § 26 wird folgender Absatz 4 angefügt:	2. Dem § 26 wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. <i>Eine Anforderung hat in elektronischer Form durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen.</i> Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 2.“	„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. Die elektronische Anforderung hat durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 2.“
3. § 28a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:	
„10. auf Anforderung der Einzugsstelle nach § 26 Absatz 4 Satz 2,“	
b) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:	
„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Nummer	

10 an die zuständige Einzugsstelle. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:	
1. die Versicherungsnummer des Beschäftigten,	
2. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes,	
3. das monatliche laufende und einmalig gezahlte Arbeitsentgelt, von dem Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung für das der Ermittlung nach § 26 Absatz 4 zu Grunde liegende Kalenderjahr berechnet wurden.“	
c) In Absatz 13 Satz 1 werden die Wörter „sowie ein Kennzeichen in den Fällen des § 242b Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches“ gestrichen.	
4. § 28f Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.	4. u n v e r ä n d e r t
5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.	5. u n v e r ä n d e r t
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 106 Absatz 2 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
2. In § 154 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „um den allgemeinen Beitragsanteil“ die Wörter „sowie den durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ eingefügt.	
3. In § 163 Absatz 10 Satz 3 werden die Wörter „allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.	

Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	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 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2a werden die Wörter „soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind“ durch die Wörter „auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“ ersetzt.	1. un verändert
	1a. In § 55 Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1 zu dem“ die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten“ eingefügt.
2. In § 57 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.	2. un verändert
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. In § 20 wird das Wort „anzuwenden“ durch die Wörter „mit der Maßgabe anzuwenden, dass für die Bemessung der Beiträge der nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld der um den durchschnittlichen Zusatz-

	beitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt“ ersetzt.
1. § 39 wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ durch die Wörter „abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Nummer 2 genannten Renten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung.“	
2. § 40 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	2. § 40 wird wie folgt geändert :
	a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“	u n v e r ä n d e r t
	b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
	„(5a) Abweichend von Absatz 1 wird bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern, die Arbeitslosengeld II beziehen, für die

	Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld II als Einkommen nach § 39 Absatz 1 Nummer 1 das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt. Für die Bemessung der Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“
3. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter „abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.	3. unverändert
4. In § 48 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	4. § 48 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
	b) In Absatz 4 wird die Angabe „43 Abs. 1“ durch die Wörter „43 Absatz 1 sowie die Beiträge nach § 40 Absatz 5a“ ersetzt.
	5. Dem § 49 wird folgender Satz angefügt:
	„Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.“
	Artikel 7a
	Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
	§ 20 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
	„§ 20
	Versicherung besonderer Personengruppen
	(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des

	Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.
	(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Beiträge sind für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen und für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 Versicherungspflichtigen, die nicht zugleich nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 versicherungspflichtig sind, entsprechend anzuwenden. Satz 1 gilt für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld mit der Maßgabe, dass für die Bemessung der Beiträge der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt.“
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte	u n v e r ä n d e r t
In § 35a Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 17 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
In § 32 Absatz 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733) geändert worden ist, werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242“ durch die Wörter „ <i>durchschnittlichen</i> Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 3“ ersetzt.	In § 32 Absatz 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733) geändert worden ist, werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242“ durch die Wörter „Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 10	Artikel 10
Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 18 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 10 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.	
2. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden durch die Wörter „zuzüglich des Zusatzbeitrages nach § 242 Absatz 1 des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	
b) Die Wörter „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8“ werden durch die Wörter „§ 220 Absatz 1 Satz 1, die §§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241 und 242“ ersetzt.	
3. In § 16a Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§57“ durch die Angabe „§ 55“ ersetzt.	
4. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.	
Artikel 11	Artikel 11
Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl.1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 13 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.“	

Artikel 12	Artikel 12
Änderung des Einsatz- Weiterverwendungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In § 13 Absatz 3 Satz 3 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2012 (BGBl. I S. 2070) werden die Wörter „in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ gestrichen.	
Artikel 13	Artikel 13
Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung	u n v e r ä n d e r t
§ 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 16 Absatz 5 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„§ 11b	
Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung auf Anforderung der Einzugsstelle	
Nach Anforderung der Einzugsstelle hat der Arbeitgeber mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung, die Entgeltmeldungen nach § 28a Absatz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Einzugsstelle zu melden.“	
Artikel 14	Artikel 14
Änderung der Beitragsverfahrensverordnung	u n v e r ä n d e r t
In § 4 Satz 1 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeiträge“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.	

Artikel 15	Artikel 15
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 2 Absatz 5 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörige,“ die Wörter „sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,“ angefügt.	
2. In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit“ eingefügt.	
3. § 30 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 2 Satz 2 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 42“ die Wörter „sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 5“ eingefügt.	
b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:	
„(5) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“	
4. § 31 Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrach-	

te Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.“	
5. § 33 wird wie folgt gefasst:	
„§ 33	
Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für	
Krankengeld und Auslandsversicherte	
(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von einem oder mehreren wissenschaftlichen Gutachten nach § 269 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.	
(2) Die Gutachten sollen Vorschläge unterbreiten, wie die Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und die Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zielgerichteter ermittelt werden können. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen.	
(3) Im Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um die Zielsetzung nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen.	

<p>(4) Im Gutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um eine Verbesserung der Zielgerichtetheit nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen. Dabei sollen auch Vorschläge zur Verbesserung der Qualität, Transparenz und Abgrenzung der Daten unterbreitet werden.</p>	
<p>(5) Das Bundesversicherungsamt hat sicherzustellen, dass die Untersuchungen nach den Absätzen 3 und 4 jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sind.“</p>	
<p>6. Die §§ 33a bis 34 werden aufgehoben.</p>	
<p>7. In § 39 Absatz 5 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.</p>	
<p>8. Nach § 39a Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:</p>	
<p>„Auf die Erhebung des Aufschlags kann ganz oder teilweise verzichtet werden, wenn die Erhebung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre.“</p>	
<p>9. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„3. das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.“</p>	
<p>b) Nummer 4 wird aufgehoben.</p>	
<p>10. § 41 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Kranken-</p>	

kassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)	
1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und	
2. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2	
neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.“	
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „abzieht“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.	
bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.“	
cc) Nummer 3 wird aufgehoben.	
c) Absatz 4a wird aufgehoben.	
11. Folgender § 43 wird angefügt:	
„§ 43	
Durchführung des Einkommensausgleichs	
(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.	
(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 39 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Kran-	

<p>kenkassen mit dem Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 39 Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.</p>	
<p>(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a gilt entsprechend.</p>	
<p>(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 41 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 41 Absatz 4 gilt entsprechend.“</p>	
<p>Artikel 16</p>	<p>Artikel 16</p>
<p>Änderung des Medizinproduktegesetzes</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>In § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 62 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird nach der Angabe „Abs. 5 Nr. 1,“ die Angabe „1a,“ eingefügt.</p>	
	<p>Artikel 16a</p>
	<p>Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</p>
	<p>Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>

	1. § 17c Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „des Schlichtungsausschusses“ durch die Wörter „eines für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen Schlichtungsausschusses“ ersetzt.
	b) In Satz 8 werden nach dem Wort „Schlichtungsausschusses“ die Wörter „sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben“ eingefügt.
	c) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.“
	2. § 17d wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bb) In Satz 5 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Wörter „1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016“ eingefügt.
	cc) In Satz 7 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
	dd) In Satz 8 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	ee) In Satz 9 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	ff) In Satz 10 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	b) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2014“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.

	Artikel 16b
	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 3 wird wie folgt geändert:
	a) In der Überschrift wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Angabe „2015 oder 2016“ eingefügt.
	cc) In Satz 4 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
	dd) In Satz 5 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 9 Absatz 1 Nummer 5“ die Wörter „in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe“ eingefügt.
	d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
	cc) In Nummer 3 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ er-

	setzt.
	2. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) In der Überschrift wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
	b) In Absatz 1 wird die Angabe „2017, 2018, 2019, 2020 und 2021“ durch die Angabe „2019, 2020, 2021, 2022 und 2023“ ersetzt.
	c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ und die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bbb) In Nummer 1 Buchstabe b wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „2018 bis 2021“ durch die Angabe „2020 bis 2023“ ersetzt.
	d) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
	bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	cc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
	dd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	ee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
	ff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
	e) In Absatz 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

	f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
	bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:
	aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
	bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	ccc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
	ddd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	eee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
	fff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
	cc) In Satz 3 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
	dd) Satz 5 wird wie folgt geändert:
	aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
	ccc) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	ddd) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
	eee) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
	g) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2017

	bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
	h) In Absatz 11 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
	3. § 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	4. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	5. § 11 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 1 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
	b) In Nummer 2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „oder in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
	6. In § 15 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt.
	7. § 18 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2013 oder 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 oder 2016“ ersetzt.
	b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	8. Die Anlage wird wie folgt geändert:
	a) Die Übersicht wird wie folgt geändert:
	aa) In der Bezeichnung des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	bb) In der Bezeichnung des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	b) In der Überschrift des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
	c) In der Überschrift des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

	Artikel 16c
	Änderung des Psych-Entgeltgesetzes
	In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
	Artikel 16d
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	In § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Neueinstellungen“ ein Komma und die Wörter „interner Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt.
Artikel 17	Artikel 17
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2015 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2015 in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 4 und 15, die Artikel 2 und 6 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa , Nummer 2, 3a Buchstabe b , Nummer 4 und 15, die Artikel 2, 6 Nummer 1 und 2, Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b , Nummer 4 Buchstabe b , Nummer 5 sowie Artikel 7a treten am 1. Januar 2016 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, Nummer 18 § 242a, Nummer 34 sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a treten am 1. August 2014 in Kraft.	(3) Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, Nummer 18 § 242a, Nummer 34, 39a sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a treten am 1. August 2014 in Kraft.
(4) Artikel 1 Nummer 5 bis 8 und 39 sowie Artikel 16 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(4) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b , Nummer 3a Buchstabe a und c , Nummer 5 bis 8 und 39 sowie die Artikel 16, 16a , 16b , 16c und 16d treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.
	(5) Artikel 1 Nummer 4b tritt am ... [einfügen: Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag] in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Jens Spahn, Sabine Dittmar, Harald Weinberg und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/1307** in seiner 34. Sitzung am 9. Mai 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen. Ferner hat der Deutsche Bundestag den Haushaltsausschuss gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) beteiligt.

In seiner 38. Sitzung am 4. Juni 2014 hat der Deutsche Bundestag die Unterrichtung der Bundesregierung auf **Drucksache 18/1579** mit der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/1579 zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Haushaltsausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen. Des Weiteren hat er den Gesetzentwurf sowie die Unterrichtung zur Mitberatung an den Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/557** in seiner 18. Sitzung am 21. Februar 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/574** in seiner 17. Sitzung am 20. Februar 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung geht davon aus, dass trotz der derzeit positiven Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) perspektivisch die voraussichtlichen Ausgaben die Einnahmen übersteigen werden und deshalb eine neue Finanzierungsgrundlage erforderlich ist. Außerdem seien die bei der ambulanten und stationären Versorgung vorhandenen Verbesserungspotenziale noch nicht gänzlich ausgeschöpft.

Der Gesetzentwurf hat deshalb zwei Regelungsschwerpunkte: Die Neugestaltung der Finanzierung der GKV und die Gründung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen.

1. Neugestaltung der Finanzierung der GKV

a) Beitragssatz

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz soll von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent festgesetzt werden. Dabei soll der Anteil der Arbeitgeber unabhängig von den weiteren finanziellen Entwicklungen im Gesundheitssystem auf 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben werden.

b) Zusatzbeitrag

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen bisher bei finanziellen Fehlentwicklungen erheben konnten, und der damit verbundene Sozialausgleich sollen abgeschafft werden. Durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent werden dem Gesundheitssystem bzw. den Krankenkassen Einnahmen in Höhe von rund 11 Mrd. Euro fehlen. Diese Unterdeckung soll über einen kassenindividuellen und einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gegenfinanziert werden. Über diese

Beitragssatzautonomie soll der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert werden. Nach Berechnungen der Gesetzesinitianten wird es für die Beitragszahlerinnen und -zahler zunächst im Jahr 2015 zu einer finanziellen Entlastung kommen.

c) Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen

Damit künftig bei gleichem Finanzierungsbedarf Krankenkassen mit vielen überdurchschnittlich gut Verdienenden nicht gegenüber jenen Kassen im Vorteil sind, die viele unterdurchschnittlich verdienende Mitglieder haben, ist die Einführung eines unbürokratischen und vollständigen Einkommensausgleichs geplant. Damit soll eine Wettbewerbsverzerrung verhindert werden.

d) Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte sollen beim Risikostrukturausgleich Sonderregelungen für diese Bereiche eingeführt werden.

e) Pauschalierte Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Beziehende

Künftig sollen alle nach dem SGB II erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die ALG II beziehen und nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind, in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einheitlich versicherungspflichtig werden. Der neue pauschalierte Beitrag für diese Personengruppe soll finanzneutral ausgestaltet und von der Bundesagentur für Arbeit sowie von den zugelassenen kommunalen Trägern an den Gesundheitsfonds entrichtet werden.

2. Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Zur Verbesserung der Qualität von Diagnosen und Therapien und damit die Qualitätsstandards der Leistungserbringer für die Patientinnen und Patienten vergleichbar sind, soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt werden, ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen, das ihn bei der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen unterstützt. Das neue Institut soll messbare Kriterien für die Qualität von Therapien und Diagnosen entwickeln und Qualitätsvergleiche der Krankenhausleistungen veröffentlichen. Dadurch sollen die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, sich bei der Wahl eines Krankenhauses besser über die Qualität der Einrichtungen und Leistungen zu informieren.

Der **Bundesrat** hat in seiner 922. Sitzung am 23. Mai 2014 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Der Schwerpunkt der Forderungen liegt beim geplanten Qualitätsinstitut und beim Thema Qualitätssicherung. So begehrt der Bundesrat ein Mitberatungsrecht der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für den Bereich Qualitätssicherung und fordert, dass die „Risikoadjustierung“ bei der Qualitätsmessung als wesentliches Kriterium im Gesetz festgeschrieben werden soll. Das Qualitätsinstitut soll verpflichtet werden, die vergleichenden Übersichten noch vor deren Veröffentlichung im Internet an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu übermitteln sowie besondere Bewertungsmethoden und -indikatoren zu entwickeln, die für die Krankenhausplanung genutzt werden können. Zwei von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zu bestimmende Vertreter sollen gegenüber dem G-BA ein Antragsrecht zur Beauftragung des Qualitätsinstituts erhalten. Zudem fordert der Bundesrat ein Antragsrecht der Länder gegenüber dem G-BA zur Beauftragung des Qualitätsinstituts, sofern die Krankenhausplanung betroffen ist sowie ein unmittelbares Auftragsrecht gegenüber dem Qualitätsinstitut. Darüber hinaus werden weitreichende Beteiligungsrechte der Länder beim Qualitätsinstitut begehrt, soweit die Krankenhausplanung betroffen ist.

Darüber hinaus fordert der Bundesrat Änderungen in anderen Bereichen: Die Krankenkassen und Krankenhäuser sollen bei Zuzahlungen im Krankenhaus abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbaren dürfen. Um den Anspruch auf Krankengeld während einer andauernden Arbeitsunfähigkeit aufrecht zu erhalten, soll die mitgliedschaftserhaltende Wirkung des § 192 SGB V auch dann fortbestehen, wenn die Folgebesccheinigung am Tag nach Ablauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wurde. Des Weiteren sieht die Stellungnahme eine Nichtberücksichtigung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags bei der Berechnung des Höchstsatzes des Basistarifs vor. Zudem schlägt der Bundesrat die Nutzung der Krankenversicherenummer durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung für Zwecke der klinischen Krebsregistrierung vor. Ein weiterer Vorschlag bezieht sich auf die Regelungen des Risikostrukturausgleichs zu den Auslandsversicherten. Und schließlich fordert der Bundesrat, die dem Klageverfahren vor dem Sozialgericht vorgeschalteten Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten über das Ergebnis von Krankenhausabrechnungsprüfungen wieder abzuschaffen (Drucksache 18/1579, Bundesratsdrucksache 151/14 (Beschluss)).

In ihrer Gegenäußerung vom 28. Mai 2014 lehnt die **Bundesregierung** weitergehende Beteiligungsrechte der Länder im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsinstitut zunächst ab und verweist für den die Länder betreffenden Bereich auf die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausfinanzierung. Weitere Vorschläge zum Qualitätsinstitut bzw. zur stationären Versorgung werden von Seiten der Bundesregierung als fachlich nicht notwendig erachtet. Des Weiteren lehnt die Bundesregierung den Vorschlag zu den Regelungen des Risikostrukturausgleichs zu den Auslandsversicherten sowie zur Abschaffung der dem Klageverfahren vor dem Sozialgericht vorgeschalteten Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten über das Ergebnis von Krankenhausabrechnungsprüfungen ab.

An fünf Stellen enthält die Gegenäußerung der Bundesregierung Prüfwzusagen: So wird das Ziel, den Zahlungsweg bei der Zuzahlung im Krankenhaus zu vereinfachen, unterstützt. Allerdings müsse im Einzelnen geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen die Krankenhäuser und Krankenkassen abweichende Vereinbarungen treffen könnten. Der Vorschlag des Bundesrates zur Arbeitsunfähigkeitsfolgebeseinigung und dem damit zusammenhängenden Anspruch auf Krankengeld wird von Seiten der Bundesregierung als grundsätzlich sinnvoll erachtet, sei aber in seiner konkreten rechtlichen Ausgestaltung noch zu überprüfen. Eine dritte Prüfwzusage erfolgt zu der Forderung nach weitergehenden Beteiligungsrechten der Länder im G-BA im Bereich der Qualitätssicherung. Dies werde im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform geprüft, soweit es die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Bezug zur Krankenhausplanung der Länder betreffe. Eine vierte Prüfwzusage bezieht sich auf die Aufnahme des Begriffs „Risikoadjustierung“ beim Qualitätsinstitut ins Gesetz. Prüfen wird die Bundesregierung auch den Vorschlag zur Nutzung der Krankenversichertennummer durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung für Zwecke der klinischen Krebsregistrierung (Drucksache 18/1579).

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRK) eine Stellungnahme abgegeben. Darin begrüßt er ausdrücklich, dass für das Beitragsverfahren der GKV Verwaltungsvereinfachungen angestrebt würden, die zu einer deutlichen Entlastung für Wirtschaft und Verwaltung in Bezug auf den Erfüllungsaufwand führten. Er begrüßt darüber hinaus den Umstand, dass zukünftig entstehender Erfüllungsaufwand für alle Normadressaten in beachtlicher Höhe vermieden werden sollten (Drucksache 18/1307, Anlage 2).

Ferner hat sich der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** des Deutschen Bundestages in seiner 4. Sitzung am 21. Mai 2014 mit dem Gesetzentwurf befasst und gutachtlich Stellung genommen. In seiner Stellungnahme kommt er zu dem Schluss, dass der Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie in seiner Wirkung einer nachhaltigen Entwicklung entspreche. Die Finanzierungsgrundlage der GKV werde nachhaltig gestärkt und dauerhaft auf eine solide Grundlage gestellt. Es werde eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt. Der Gesetzentwurf gewährleiste eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlage, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden. Darüber hinaus werde der Bundeshaushalt entlastet. Durch das neue Qualitätsinstitut würden die Voraussetzungen für eine konsequente Qualitätsorientierung der Leistungserbringer geschaffen und der Qualitätswettbewerb gestärkt. Eine höhere Qualität der Versorgung führe mittel- bis langfristig zu einer wirtschaftlicheren Verwendung der Mittel und zu mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Der Gesetzentwurf entspreche insbesondere den Managementregeln 4 und 7 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Im Gesetzentwurf sei die Aussage zur nachhaltigen Entwicklung zwar nicht ausreichend detailliert, um diese nachvollziehen zu können, aber es werde ersichtlich, dass Auswirkungen auf eine nachhaltige Entwicklung untersucht worden seien. Eine Prüfbitte sei daher nicht erforderlich (Ausschussdrucksache 18(23)3-16).

Zu dem Gesetzentwurf lagen dem Ausschuss für Gesundheit zwei Petitionen vor, zu denen der **Petitionsausschuss** um eine Stellungnahme gemäß § 109 GO-BT gebeten hat.

1. Der Petent forderte, dass im Falle einer Senkung des Beitrags zur GKV, diese ausschließlich dem Arbeitnehmeranteil zugute kommen solle, solange keine Parität zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil bestehe.
2. Der Petent forderte, dass die Beitragsstruktur in der GKV nicht verändert wird, da eine Senkung des Beitragssatzes sich nur marginal auf die Beitragszahler auswirken wird.

Den Anliegen der Petenten wurde nicht entsprochen. Der allgemeine Beitragssatz zur GKV wird von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesenkt und künftig paritätisch finanziert. Zudem wird der Anteil der Arbeitgeber unabhängig von den weiteren finanziellen Entwicklungen im Gesundheitssystem gesetzlich auf 7,3 Prozent festgeschrieben. Die Krankenkassen erhalten ferner die Möglichkeit, einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben, falls ihre Ausgaben die über den Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel übersteigen.

Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Zu Buchstabe b

Seit Januar 2013 besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) zu arbeiten. Ab Anfang 2015 solle in allen Krankenhäusern mit psychiatrischen und psychosomatischen Stationen das PEPP-System angewandt werden. Künftig werde die Höhe der Tagespauschalen in Kalkulationskrankenhäusern ermittelt. Der individuelle Behandlungsverlauf werde nicht berücksichtigt. Lägen nun die realen Kosten über den kalkulierten, müssten die Kosten gesenkt werden. Dies führe zu Personalabbau und sinkender Behandlungs- und Versorgungsqualität. Laut den Antragstellern setze dieser Paradigmenwechsel in der Finanzierung von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen falsche Anreize, die bereits durch die Einführung des DRG-Systems bekannt seien und von nahezu sämtlichen Expertinnen und Experten kritisiert würden.

Daher müsse die Einführung von PEPP unterbrochen und eine Expertenkommission eingerichtet werden, die Vorschläge für ein Honorarsystem entwickelt. Es sei wichtig, dass durch ein gutes Honorarsystem Anreize für Qualität in der Versorgung geschaffen und somit Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen vermieden würden.

Zu Buchstabe c

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) wurde nach einer zehnjährigen Modellphase am 1. Januar 2011 als Regelleistung im SGB V verankert. Die Beratungsnachfrage ist seit Gründung der UPD ständig gestiegen. 2012 und 2013 wurden jeweils rund 80 000 Ratsuchende am Telefon informiert. Aufgrund dieses hohen Beratungsbedarfs ist nach Feststellung der Antragsteller die Erreichbarkeit der UPD gesunken. Es sei nicht mehr möglich, adäquat auf die Nachfrage zu reagieren und insbesondere jene Menschen, die aufgrund von erschwerten Lebensbedingungen die Beratung am ehesten benötigten, würden die UPD selten erreichen. Ferner sei die Neutralität und Unabhängigkeit der UPD fraglich, da der GKV-Spitzenverband sowohl die Finanzierung als auch die Vergabefahren steuere. Beides beeinflusse nach Meinung der Antragsteller Neutralität und Unabhängigkeit der UPD.

Durch die freiwillige Finanzierungsbeteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) habe die Beratung in Türkisch und Russisch angeboten werden können. Der Beitrag der PKV müsse nun in eine Regelleistung überführt werden. Ferner sei eine Verlängerung des Förderzeitraums auf zehn Jahre statt der bisherigen fünf Jahre notwendig, um die Qualität der Beratung und die Planungssicherheit der UPD langfristig zu gewährleisten. Die Antragsteller fordern zudem eine Erweiterung der UPD, um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden und besonders auch sozial und kulturell Benachteiligte mit erhöhtem Unterstützungsbedarf stärker anzusprechen. Dabei soll die Anzahl der regionalen Beratungsstellen von heute 22 auf 31 ausgebaut werden und eine vergleichbare regionale Erreichbarkeit erzielt werden. Schließlich fordern die Antragsteller, dass zum 1. Juli 2014 das Ausschreibungsverfahren nach § 65b SGB V auf eine unabhängige Institution übertragen wird.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 13. Sitzung am 4. Juni 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 16. Sitzung am 4. Juni 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltsausschuss aufgrund seiner Beteiligung gemäß § 96 GO-BT einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 13. Sitzung am 4. Juni 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 14. Sitzung am 4. Juni 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu Buchstabe a

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 10. Sitzung am 7. Mai 2014 beschlossen, zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/1307 sowie zu der zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegenden Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung (Drucksache 18/1579) – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 13. Sitzung am 21. Mai 2014 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zum Gesetzentwurf aufgenommen und in seiner 14. Sitzung am 21. Mai 2014 eine öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf sowie zum Änderungsantrag 1 (Unabhängige Patientenberatung) auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.1 und Änderungsantrag 4 (Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung) auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.4 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD und zum Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.6 durchgeführt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., BKK-Dachverband e.V., BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) e.V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG-SHG), Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Deutscher Caritasverband e.V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF), Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG), IKK e.V., Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e.V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Volkssolidarität Bundesverband e.V. (VS), Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO), Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH) und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST).

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Stefan Greß, Dr. Christopher Hermann, Dr. Karsten Neumann, Prof. Dr. Jürgen Wasem und Prof. Dr. Eberhard Wille.

In seiner 14. Sitzung am 21. Mai 2014 hat der Ausschuss für Gesundheit eine weitere öffentliche Anhörung nun zu Änderungsantrag 2 (Impfstoffversorgung, keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen) auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.2, Änderungsantrag 3 (Versorgung mit Hebammenhilfe) auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.3 und Änderungsantrag 5 (Krankenhäuser, Schlichtungsausschuss auf Landesebene, Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems) auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD durchgeführt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Aktion Psychisch Kranke (APK), AOK-Bundesverband, Attac Netzwerk, BKK-Dachverband e.V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKD), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V. (DFH), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), IKK e.V., Greenbirth e.V., Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK GmbH, Netzwerk der Geburtshäuser e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen e.V. (VPKD), Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) und Verein Hebammen für Deutschland e.V.

Als Einzelsachverständige waren Dagmar Paternoga, Dr. Christopher Hermann und Dr. Martin Terhardt eingeladen.

Auf die Wortprotokolle der beiden Anhörungen und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen (Protokoll-Nr. 18/13 und 18/14, Ausschussdrucksachen 18(14)29(1-26) und 18(14)33(1-7)).

In der 15. Sitzung am 4. Juni 2014 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf den Drucksachen 18/1307, 18/1579 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 18/1307, 18/1579 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken (vgl. ausführlich B. Besonderer Teil):

Mit Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.1neu soll die unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung weiterentwickelt werden, indem die Förderphase von fünf auf sieben Jahre verlängert wird und die Mitwirkungsrechte des Patientenbeauftragten verbessert werden. Er wird künftig auch die Beiratssitzungen leiten. Der Beirat soll mindestens zweimal jährlich tagen und bei der Vergabe und während der Förderphase beraten. Die Fördersumme wird auf 9 Mio. Euro erhöht, um insbesondere die telefonische Erreichbarkeit der UPD sicherzustellen.

Mit Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.2neu soll die Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Impfstoffen nach § 20d SGB V verbessert werden, indem beim Vergabeverfahren mindestens zwei pharmazeutische Unternehmer berücksichtigt werden sollen. Dadurch soll eine höhere Versorgungssicherheit bei Lieferschwierigkeiten eines Herstellers gewährleistet werden.

Mit Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.3neu wird ein Sicherstellungszuschlag eingeführt, um Hebammen im Hinblick auf steigende Prämien zur Berufshaftpflichtversicherung zu entlasten und eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe auch zukünftig sicherzustellen. Gleichzeitig werden die Regelungen zur Qualitätssicherung bei der Versorgung mit Hebammenleistungen präzisiert und weiterentwickelt.

Mit Änderungsantrag 4 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.4neu soll die Datenlage für die Versorgungsforschung weiter verbessert werden, indem Daten, die bereits für Zwecke der Datentransparenz beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verfügbar sind, um ein Regionalkennzeichen (Postleitzahlen) erweitert werden.

Änderungsantrag 5 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.5neu sieht Regelungen zur bisher nicht erfolgten Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene vor. Ferner wird die Optionsphase des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) um zwei Jahre verlängert und es werden finanzielle Anreize zur freiwilligen Einführung von PEPP eingeführt.

Mit den Änderungsanträgen 1 bis 5 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.9 wird die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei den Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Beziehende von Arbeitslosengeld II für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung als Folgeänderung nachvollzogen. Auch für landwirtschaftliche Unternehmer, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt künftig ein pauschalierter Beitrag, der vom Bund getragen wird. Änderungsantrag 1 enthält zudem eine Folgeänderung zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zudem schlägt der Ausschuss Änderungen in folgenden Bereichen vor:

Mit Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird für die Versicherungspflicht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II eine Kontinuität zur bisherigen Verwaltungspraxis hergestellt. Die Regelung bringt zum Ausdruck, dass für die Zuordnung dieses Personenkreises zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung maßgeblich auf die letzte Versicherung der Bezieherin oder des Beziehers von Arbeitslosengeld II abzustellen ist.

Mit Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird geregelt, dass es zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört, die erforderlichen Beauftragungen des geplanten Qualitätsinstituts zu beschließen.

Mit Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird die Risikoadjustierung der Indikatoren beim geplanten Qualitätsinstitut gesetzlich ausdrücklich geregelt.

Mit Änderungsantrag 4 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird auf die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Zwischenfinanzierung der Kosten einer Kassenschließung Bezug genommen. Die Änderung dient der Vereinfachung der Abwicklung und Rückzahlung eines vom GKV-Spitzenverband aufgenommenen Darlehens. Die Krankenkassen des Haftungsverbands sollen danach im Regelfall nur einmal jährlich zu einer Umlage zur Refinanzierung der vom GKV-Spitzenverband erfüllten Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse herangezogen werden.

Mit den Änderungsanträgen 5 und 6 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird bestimmt, dass die Krankenkassen ihrer Hinweispflicht gegenüber dem einzelnen Mitglied bei der Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitragsatzes durch ein gesondertes Anschreiben nachzukommen haben. Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ihre aktuellen Zusatzbeitragsätze zu übermitteln. Dieser veröffentlicht diese in einer entsprechenden Übersicht, auf die wiederum die Krankenkassen ihre Mitglieder in ihrem gesonderten Anschreiben hinzuweisen haben.

Mit den Änderungsanträgen 7 und 10 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird die im Gesetzentwurf für die Rentenversicherungsträger und die landwirtschaftliche Alterskasse vorgesehene technische Vorlaufzeit zur Berücksichtigung von Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeitragsätze einschließlich der Übergangsregelung für Januar und Februar 2015 auf alle Zahlstellen für Versorgungsbezüge ausgeweitet.

Mit Änderungsantrag 8 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird eine Regelung zur Abgabe des Beitragsnachweises für Beiträge aus Versorgungsbezügen geschaffen, die sich an den Regelungen im Arbeitgeberverfahren orientiert.

Mit Änderungsantrag 9 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird aus rechtstechnischen Gründen im Hinblick auf den Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014 die Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds angepasst.

Mit Änderungsantrag 11 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird eine redaktionelle Anpassung der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung zur Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge in § 26 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch vorgenommen.

Änderungsantrag 12 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 sieht im Bereich der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung eine Folgeänderung zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten in der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

Mit Änderungsantrag 13 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Übernahme der kassenindividuellen Zusatzbeiträge durch den zuständigen Leistungsträger im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vorgenommen.

Mit Änderungsantrag 14 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wird im Gesetz klargestellt, dass im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms auch bei der Besetzung von neu geschaffenen Hygienestellen durch vorhandenes Krankenhauspersonal mit abgeschlossener Fort- und Weiterbildung im Bereich Hygiene eine finanzielle Förderung der Personalkosten möglich ist.

Änderungsantrag 15 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 sieht bezüglich der dargestellten Änderungen entsprechende Ergänzungen der Inkrafttretensregelung des Gesetzes vor.

Über die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 18(14)0030.1neu bis 18(14)0030.5neu, 18(14)0030.9 und 18(14)0030.10 wurde wie folgt abgestimmt:

Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.2neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.3neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 4 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.4neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 5 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.5neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 5 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.9 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 15 auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.10 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Dem Ausschuss für Gesundheit lag zudem ein Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.6 mit folgendem Wortlaut vor:

In Artikel 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

3a. § 65b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „stärken“ ein Komma und die Wörter „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten“ eingefügt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Laufzeit von fünf Jahren“ durch die Wörter „Laufzeit von acht Jahren“ ersetzt.

cc) In Satz 6 werden die Wörter „Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz“ durch die Wörter „Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz“ ersetzt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten hat im Einvernehmen mit dem Beirat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages bis zum

1. Januar 2015 Vorschläge zu unterbreiten, wie die institutionelle und fachliche Unabhängigkeit der geförderten Beratungseinrichtungen besser gewährleistet werden kann.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2011“ durch die Angabe „2015“ und wird die Angabe „5 200 000“ durch die Angabe „10 400 000“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Fördersumme soll neben dem Weiterbetrieb der bisherigen Beratungsangebote für den Ausbau der telefonischen Beratung und der Öffentlichkeitsarbeit sowie für eine Erhöhung der Anzahl der Beratungsstellen zur Herstellung einer angemessenen Erreichbarkeit in der Fläche verwendet werden.“

cc) Nach dem neuen Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Erprobung neuer Modellprojekte und ergänzender Maßnahmen, die insbesondere darauf abzielen, Menschen zu erreichen, die einen erhöhten Beratungsbedarf haben, aber von den bisherigen Angeboten wenig Gebrauch machen, sind im Falle der Zustimmung des Beirats bis zu zehn Prozent der Fördersumme der Fördersumme nach Satz 1 zusätzlich zu bewilligen.“

dd) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Satz 1“ die Wörter „sowie nach Satz 4“ eingefügt.

d) In Absatz 3 wird die Angabe „2013“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.“

Begründung:

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) leistet einen wichtigen Beitrag für die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Sie hilft Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten, ihre Rechte gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie gegenüber den Kostenträgern in Erfahrung zu bringen. Eine gut erreichbare und unabhängige Patientenberatung ist gerade auch ein unverzichtbarer Bestandteil eines immer stärker wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystems. Sie kann und sollte dazu beitragen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Voraussetzungen sind ein niedrigschwelliges und zielgruppengerechtes Beratungsangebot sowie eine verlässliche und ausreichende Finanzierung.

Zur Verstetigung des Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) ist der Förderzeitraum von derzeit fünf Jahren auf acht Jahre zu verlängern, um eine verbesserte Planungssicherheit herzustellen und damit die Kontinuität dieses Angebots sicherzustellen. Insbesondere betrifft dies die Sicherung der Personalausstattung und der Stellen für die qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für die Akzeptanz der UPD ist die tatsächliche und auch die wahrgenommene Unabhängigkeit wichtig. Zwar ist derzeit in der Realität eine inhaltliche Einflussnahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht festzustellen, jedoch können bei Ratsuchenden aufgrund der Tatsache, dass die Krankenkassen Geldgeber, Auftraggeber und Überprüfungsinstanz sind, Zweifel an der notwendigen Unabhängigkeit der UPD von den Kostenträgern entstehen. Darum ist eine Konstruktion anzustreben, bei der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von einem Teil der derzeit von ihm übernommenen Funktionen entbunden wird. Dazu sind Lösungen in Form einer Stiftung oder auch Übertragung von Aufgaben im Rahmen der Prüfung und Ausschreibung durch das Bundesversicherungsamt zu prüfen. Die Rolle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten ist auszubauen.

Die derzeitige Fördersumme reicht nicht aus: Binnen einer Stunde erreichen nur noch 42 Prozent der am Telefon Ratsuchenden eine Beraterin oder einen Berater (bei abnehmender Tendenz), auch bei der face-to-face-Beratung kommt es zu Wartezeiten. So kann eine Vielzahl der gesetzlich Versicherten die als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehene unabhängige Patientenberatung nicht in Anspruch nehmen. Darum ist die Fördersumme zu erhöhen und für sowohl für den Ausbau der Telefonberatung als auch zur Erweiterung des Beratungsstellennetzes zu verwenden.

Die derzeitige Zahl von 21 Beratungsstellen sowie die Lokalisation dieser Beratungsstellen ergab sich eher zufällig aus den nach 2001 geförderten Einzelprojekten, aber nicht nach dem Gesichtspunkt, möglichst allen Patientinnen und Patienten den direkten Zugang zu einer persönlichen Beratung ohne allzu große Fahrtwege

zu ermöglichen. Eine Aufstockung auf die Zahl 31 könnte ermöglichen, „weiße Flecken“ auf der Landkarte zu füllen und maximale Anfahrtswege von einer Stunde bzw. 100 Km zu ermöglichen.

Die Einrichtungen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland befinden sich in einem Prozess des Auf- und Ausbaus, für den an vielen Stellen Neuland betreten wird. Dazu brauchen die Einrichtungen einen erhöhten Spielraum, vorrangig auch um Projekte zu initiieren, deren Ziel es ist, Menschen zu erreichen, deren Beratungsbedarf hoch und deren derzeitige Erreichbarkeit gering ist. So können sie zur Verringerung sozial bedingt unterschiedlicher Gesundheitschancen beitragen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat diesen Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.6 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Ferner lagen dem Ausschuss für Gesundheit zwei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf den Ausschussdrucksachen 18(14)0030.7 und 18(14)0030.8 vor:

Änderungsantrag 1

In Artikel 1 Nummer 7 wird § 137a Absatz 9 wie folgt gefasst:

„(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte bei dem in Satz 2 genannten Personenkreis und den Institutionen vermieden werden. Beschäftigte des Instituts vor ihrer Einstellung sowie alle an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen haben mögliche Interessenkonflikte einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen. Das Nähere, insbesondere zu den Folgen transparent gemachter Interessenkonflikte, regelt der Stiftungsvorstand in einer Verfahrensordnung.“

Begründung:

Die Regelung dient analog zur Regelung beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) der Sicherung der fachlichen Unabhängigkeit der in die Institutsaufgaben einbezogenen Personen und Institutionen und verpflichtet den Stiftungsvorstand darüber hinaus dafür zu sorgen, dass Interessenkonflikte bei allen in die Institutsarbeit einbezogenen Personen und Institutionen vermieden werden. Mögliche Interessenkonflikte durch Arbeitsbeziehungen zu Industrie, Verbänden und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind durch eine Offenlegungspflicht transparent zu machen. Das Nähere regelt der Stiftungsvorstand in einer Verfahrensordnung, die insbesondere auch Bestimmungen zu den Folgen transparent gemachter Interessenkonflikte enthalten.

Änderungsantrag 2

In Artikel 1 Nummer 7 wird § 137a wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 werden nach dem Wort „gründet“ die Wörter „unter Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ eingefügt.

2. In Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erhalten in dem Vorstand der Stiftung ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benennen hierzu einvernehmlich eine sachkundige Person. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

3. In Absatz 4 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, soweit die Aufträge 5 Prozent des gesamten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss finanzierten Auftragsvolumens nicht übersteigen.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Die Änderung stellt sicher, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen, neben den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), an der Gründung des Qualitätsinstituts beteiligt werden.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung erhalten die maßgeblichen Patientenorganisationen – vergleichbar zur Regelung im G-BA gemäß § 140f Abs. 2 – ein Mitberatungs- und Antragsrecht in dem Vorstand der Stiftung. Die Beteiligung der Patientenorganisationen im Vorstand wird zur Stärkung der Patientenorientierung und der Unabhängigkeit des Instituts beitragen. Das entspricht dem Ziel des Instituts, für mehr Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen zu sorgen.

Zu Nummer 3

Nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung haben die maßgeblichen Patientenorganisationen lediglich das Recht die Beauftragung des Instituts beim G-BA zu beantragen. Für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sieht der Gesetzentwurf dagegen ein unmittelbares Auftragsrecht an das Institut vor. Mit dem Änderungsantrag wird das unmittelbare Auftragsrecht auch den Patientenorganisationen eingeräumt, mit der Begrenzung, dass diese Aufträge ein Volumen von 5 % des gesamten, vom G-BA finanzierten Auftragsvolumens nicht übersteigen. Die Änderung ist notwendig, weil die Patientenorganisationen zwar ein Antragsrecht im G-BA haben, jedoch kein Stimmrecht. Insofern befinden sie sich in einer mit dem BMG vergleichbaren Situation.

Der Ausschuss für Gesundheit hat den Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.7 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.8 hat er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. abgelehnt.

Zu Buchstabe b

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 7. Sitzung am 12. März 2014 die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/557 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung zu dem Antrag auf Drucksache 18/557 sowie zu dem zwischenzeitlich in die Beratungen einbezogenen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/849 fand in der 11. Sitzung am 7. Mai 2014 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion Psychisch Kranke e.V., Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., BARMER GEK, Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Landschaftsverband Rheinland – Wirtschaftliche Steuerung, Psychosozialer Trägerverein Solingen und Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) und Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA).

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen (Protokoll-Nr. 18/11, Ausschussdrucksachen 18(14)23(1-12)).

In der 15. Sitzung am 4. Juni 2014 hat der Ausschuss für Gesundheit seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 18/557 abzulehnen.

Den Ausschuss für Gesundheit hat zum Antrag auf Drucksache 18/557 eine Petition erreicht, zu der der **Petitionsausschuss** eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Die Petentin sprach sich dafür aus, das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser frühestens 2017 verbindlich einzuführen. Dem Anliegen der Petentin konnte insoweit entsprochen werden, dass die Optionsphase im Rahmen der Einführung des PEPP-Systems durch den Änderungsantrag 5 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.5neu) der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf den Drucksachen 18/1307, 18/1579 um zwei Jahre verlängert wurde.

Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Zu Buchstabe c

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 7. Sitzung am 12. März 2014 die Beratung zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/574 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In der 10. Sitzung am 7. Mai 2014 fand ein Expertengespräch mit folgenden Teilnehmern statt: Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband), Günter Hölling (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP)), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.), Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)) und Dr. Marc-Pierre Möll (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)).

In der 15. Sitzung am 4. Juni 2014 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 18/574 abzulehnen.

V. Fraktionsmeinungen im federführenden Ausschuss

Die **Fraktion der CDU/CSU** hob hervor, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine solide zukunftsfähige Basis gestellt werde. Durch die Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags werde der Wettbewerb unter den Krankenkassen erheblich gestärkt sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen stärker in den Mittelpunkt gerückt. Für Transparenz bei den Zusatzbeitragssätzen Sorge in Zukunft eine Verpflichtung der Kassen, ihre Mitglieder individuell anzuschreiben und über die Höhe und Veränderung, auch im Vergleich zu anderen Kassen, hinzuweisen. Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitragssatzes bedeute nicht, dass die paritätische Finanzierung der Krankenkassenbeiträge aufgehoben sei, denn die Arbeitgeber würden durch die von ihnen zu tragenden Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall finanziell erheblich belastet. Die Gründung des Qualitätsinstituts sei eine Maßnahme, die der verbesserten Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich diene. Schließlich habe man für das Versicherungsproblem der Hebammen mit dem Sicherstellungszuschlag eine gute Lösung für ein sehr komplexes Problem gefunden. Letztendlich habe man mit der Verlängerung der Optionsphase bei der Einführung von PEPP und den verbesserten Rahmenbedingungen für die UPD den aktuellen Entwicklungen Rechnung getragen.

Die **Fraktion der SPD** bekräftigte, dass man mit dem GKV-FQWG ein sehr gutes Gesetz vorlege, das wichtige Weichenstellungen für das gesamte Gesundheitssystem enthalte und den Koalitionsvertrag konsequent umsetze. Die Abschaffung des pauschalen Zusatzbeitrags und die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen sei die Annäherung an eine gerechte Parität mit gerechten Beiträgen. Das neue Qualitätsinstitut sei ein wichtiger Baustein im Rahmen der geplanten gesamten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dadurch könne die Versorgung der Patientinnen und Patienten wesentlich verbessert werden. Im Sinne der Patientinnen und Patienten seien auch die Verlängerung der Förderphase sowie die deutliche Mittelerhöhung für die UPD. Die verlängerte Optionsphase bei PEPP sei durchaus als Signal zu verstehen, auch über Alternativen nachzudenken und diese zu prüfen.

Die **Fraktion DIE LINKE**. vertrat die Ansicht, dass der Gesetzentwurf ein Konglomerat darstelle, das einige positive Regelungen enthalte. So zielten die Änderungsanträge der Koalition zur UPD, zu PEPP, zu den Impfstoffen sowie zur Haftpflichtversicherung für Hebammen zumindest in die richtige Richtung. Der Kern des Gesetzentwurfs, die Schaffung einer neuen Finanzarchitektur, mit der die Parität aufgegeben werde, sei hingegen komplett abzulehnen. Im Übrigen unterstütze man die Vorschläge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Ausgestaltung der UPD sowie zur Sicherung der Unabhängigkeit des Qualitätsinstituts.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, dass sie dem Gesetzentwurf insgesamt nicht zustimmen könne, weil die Lasten künftiger Kostensteigerungen in der GKV einseitig den Versicherten aufgebürdet und die Arbeitgeber aus der finanziellen Verantwortung entlassen würden. Damit werde die Solidarität in der GKV ausgehöhlt. Die vorgesehene Gründung eines Qualitätsinstituts sei grundsätzlich zu begrüßen. Seine Unabhängigkeit müsste jedoch, so wie in dem eigenen Änderungsantrag gefordert, gestärkt werden. Auch die fehlende Patientenbeteiligung sei zu bemängeln. Die angehängten Änderungsanträge der Koalition zu PEEP, UPD und Hebammen würden in die richtige Richtung gehen, seien aber nicht weitgehend genug. Bei den Hebammen bleibe das Problem der Haftpflicht, das nicht dauerhaft gelöst sei.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf den Drucksachen 18/1307, 18/1579 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 5 SGB V, Versicherungspflicht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II)

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahme gilt nach § 5 Absatz 5a für Personen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren bzw. für diejenigen, die nicht versichert, aber als Selbständige bzw. versicherungsfreie Personen der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Ausschlussregelung ist im Jahr 2009 im Zuge der Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt worden und dient dem Ziel, eine gleichmäßigere Lastenverteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu gewährleisten. Die Regelung will eine Systemkontinuität nach folgendem Grundsatz sicherstellen: Dem Versicherungssystem, dem ein ALG-II-Bezieher vor dem Leistungsbezug zugehörig bzw. zuzuordnen war, soll er auch während des Leistungsbezugs angehören.

Entsprechend diesem Gesetzeszweck ist § 5 Absatz 5a in der Verwaltungspraxis nach einhelliger Auffassung weit ausgelegt worden. Dieser weiten Auslegung haben sich alle zuständigen Aufsichtsbehörden angeschlossen. Danach werden durch die Ausschlussregelung auch Personen erfasst, deren „letzte“ Versicherung eine private Krankenversicherung war, auch wenn dieses Versicherungsverhältnis u. U. zeitlich länger zurückliegt. Dies betrifft insbesondere Personen, die zwar unmittelbar vor dem Bezug von ALG II nicht privat krankenversichert waren, aber nach der gesetzlichen Abgrenzung der Krankenversicherungssysteme (§ 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) der Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung unterlagen und dieser Verpflichtung nicht nachgekommen sind. Würden diese Personen während des ALG-II-Bezugs in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, würde durch die Nichtbeachtung gesetzlicher Vorschriften die vom Gesetzgeber intendierte Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung unterlaufen werden können. Nach der weiten Gesetzesauslegung unterfielen auch Personen der Ausschlussregelung, die unmittelbar vor dem Bezug von ALG II weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, weil sie sich in einem sogenannten Sondersystem befanden (Beispiel: Inhaftierte mit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem

Strafvollzugsgesetz), wenn deren „letzte“ Versicherung vor der Absicherung in einem Sondersystem bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bestand.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 3. Juli 2013 (B 12 KR 11/11 R) demgegenüber entschieden, dass das in § 5 Absatz 5a enthaltene Merkmal „unmittelbar“ vor dem Bezug von ALG II nicht ohne zeitliche Begrenzung ausgelegt werden kann. Als Orientierung komme eine Ein-Monats-Frist in Betracht. Zu verlangen sei ein besonderes Näheverhältnis zwischen den Sachverhalten. Das Merkmal „unmittelbar“ könne daher insbesondere nicht dahingehend ausgelegt werden, dass der Betroffene „zuletzt“ einem der beiden Versicherungszweige angehört habe. Nach Auffassung des Gerichts sind folglich Personen, die ihrer Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung in der Vergangenheit nicht nachgekommen sind, dennoch während des ALG-II-Bezugs in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Ausdrücklich weist das Gericht jedoch darauf hin, dass, wenn das Ergebnis „unbillig oder sozialpolitisch unbefriedigend erscheint“, eine Änderung dem Gesetzgeber vorbehalten ist.

Vor diesem Hintergrund wird in § 5 Absatz 5a das Wort „unmittelbar“ durch das Wort „zuletzt“ ersetzt. Mit dieser Änderung wird die als unbillig erscheinende und auch sozialpolitisch unbefriedigende Rechtslage nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts korrigiert. Der neue Wortlaut bringt eindeutig zum Ausdruck, dass für die Zuordnung während des ALG-II-Bezugs maßgeblich auf die „letzte“ Versicherung des Betroffenen entweder in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung abzustellen ist, unabhängig davon, wie lange die Versicherung zurückliegt. Damit wird im Übrigen eine Konformität zu der Regelung des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a hergestellt, die ebenfalls auf das Merkmal „zuletzt“ abstellt. Gleichzeitig kommt der Gesetzeszweck der Vorschrift wieder klar zur Geltung, eine konsequente Abgrenzung der Versicherungspflicht und somit einen gerechten Ausgleich zwischen den beiden Versicherungssystemen zu realisieren.

Die Änderung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Nummer 3a (§ 65b SGB V, Unabhängige Patientenberatung)

Seit Anfang 2011 ist das Angebot einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung als Regelleistung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung verankert (§ 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Fördermittel in Höhe von jährlich rund 5 Mio. Euro werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeweils für eine Laufzeit von fünf Jahren vergeben. Gefördert wird derzeit die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) als Verbund unabhängiger Beratungsstellen. Gesellschafter der UPD sind die Verbraucherzentrale Bundesverband, der Verbund unabhängige Patientenberatung und der Sozialverband VdK Deutschland. Die bundesweit 21 Beratungsstellen informieren vor Ort oder telefonisch zu gesundheitlichen, rechtlichen und psychosozialen Themen.

Zu Buchstabe a

Die Mitwirkungsrechte der oder des Patientenbeauftragten bei der Mittelvergabe und während der laufenden Förderphase werden verbessert, indem sie oder er bereits in die Vorbereitung, also beispielsweise hinsichtlich der Wahl des Vergabeverfahrens und der Erarbeitung des Vertragsentwurfs, eingebunden wird und die Beiratssitzungen leitet.

Der Beirat wird neu ausgerichtet. Er hat nun nicht mehr allein den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beraten, sondern gleichermaßen die für die Patientenbelange beauftragte Person, deren Leitung der Beirat künftig unterstellt ist. Darüber hinaus wird sein Beratungsauftrag ausgeweitet. Die vergangenen Beiratssitzungen haben immer wieder deutlich gemacht, dass die Expertise des Beirats nicht nur hinsichtlich der Vergabe der Fördermittel, sondern auch zu den vielfältigen Fragen der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Beratungsbetriebs und dessen Evaluation von großer Bedeutung ist. Nicht zuletzt in Anbetracht der verlängerten Förderphase ist daher ausdrücklich vorgesehen, dass der Beirat insofern regelmäßig tagt. Im Beirat ist weiterhin das für Fragen des Verbraucherschutzes in diesem Bereich zuständige Bundesressort, das ist künftig das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, vertreten.

Eine Verlängerung des Förderzeitraums ist für die Sicherstellung der Kontinuität der Beratung sinnvoll. „Eine zu kurzzeitige Befristung behindert den Aufbau nachhaltiger Strukturen“, stellte in diesem Zusammenhang der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2012 (vgl. Ziffer 155) fest. Ausreichend erscheint jedoch eine moderate Erhöhung der Förderphase auf sieben Jahre. Diese Zeitspanne ermöglicht es der beratenden Organisation, nachhaltige Strukturen aufzubauen.

en und über einen längeren Zeitraum kontinuierlich zu arbeiten, gleichzeitig aber dem Auftraggeber, zeitnah auf Fehlentwicklungen zu reagieren. In Anbetracht der bereits begonnenen Vorarbeiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine erneute Ausschreibung treten diese Regelungen zur UPD am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Die aktuelle Fördersumme von rund 5,6 Mio. Euro im Jahre 2015 entspricht nahezu den im Rahmen der modellhaften Erprobung derartiger Einrichtungen (2000 bis 2010) zur Verfügung gestellten Mitteln. Allerdings hat sich im Zeitverlauf die telefonische Erreichbarkeit der UPD durch die rege Inanspruchnahme drastisch verschlechtert. Dies ergibt sich aus einer Nutzerbefragung der wissenschaftlichen Begleitforschung im zweiten Halbjahr 2013 sowohl hinsichtlich der bundesweiten Hotline als auch der Beratungstelefone vor Ort. In Anbetracht der zunehmenden Kapazitätsauslastung der UPD hielt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits in seinem Sondergutachten 2012 eine Anhebung der Fördersumme für erforderlich. Mit der Erhöhung der Fördersumme auf 9 Mio. Euro lassen sich beispielsweise sowohl die Personalressourcen als auch die Anzahl der Beratungsstellen ausweiten, um insbesondere die telefonische Erreichbarkeit der UPD zu verbessern. Zwar kann es dann in Spitzenzeiten beispielsweise nach öffentlichkeitswirksamen Kampagnen immer noch zu Engpässen kommen, in weniger frequentierten Zeiten gäbe es aber keinen Leerlauf. Die Erhöhung der Fördersumme der UPD ist für die neue Förderphase ab 1. Januar 2016 vorgesehen und tritt entsprechend in Kraft.

Zu Buchstabe c

Da es sich um eine einmalige Berichtspflicht der Bundesregierung handelt und die Beratungseinrichtung fortlaufend evaluiert wird, kann diese Regelung entfallen.

Zu Nummer 4a (§ 132e SGB V, keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen)

Die Regelung sichert die Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach § 20d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Zwar gilt schon bisher, dass die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen zur Schutzimpfung sicherzustellen ist und bei Lieferengpässen die Exklusivität der Vertragsimpfstoffe zu Gunsten der Lieferung notwendiger Impfstoffe durch andere pharmazeutische Unternehmer entfällt. Durch die Verpflichtung der Krankenkassen, Neuverträge nach Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung dann gleichzeitig mit mehreren pharmazeutischen Unternehmen zu schließen, kann trotz eines möglichen Lieferengpasses eines pharmazeutischen Herstellers eine Versorgung ohne vertragliche Grundlage vermieden werden.

Durch entsprechende Lieferverträge mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen wird verhindert, dass bei Engpässen einzelner pharmazeutischer Unternehmer generelle Versorgungsschwierigkeiten der Bevölkerung auftreten, da mit mindestens einem weiteren Vertragspartner aus dem Kreis der pharmazeutischen Unternehmer die Versorgung der Versicherten vereinbart ist. Es ist davon auszugehen, dass Lieferengpässe nur teil- oder zeitweise auftreten und für diese Fälle andere Vertragsunternehmer die Versorgung übernehmen können. Mit der Regelung wird die rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen besser gewährleistet.

Zu Nummer 4b (§ 134a SGB V, Versorgung mit Hebammenhilfe)

Hebammen leisten einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag für die medizinische Versorgung Schwangerer, Mütter und Familien. Die Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Versorgung mit Hebammenhilfe einschließlich des Erhalts der freien Wahl des Geburtsorts ist daher von besonderer Bedeutung. Angesichts steigender Prämien für die für die Berufsausübung notwendige Berufshaftpflichtversicherung sehen sich insbesondere Hebammen, die nur eine geringe Anzahl an Geburten begleiten (z. B. Hausgeburtshebammen oder Hebammen, die in geburtenschwachen Regionen oder in Teilzeit tätig sind), nur schwer in der Lage, die gestiegenen Haftpflichtprämien aus der Vergütung für ihre Tätigkeit zu kompensieren. In der Konsequenz besteht die Gefahr, dass immer mehr Hebammen die freiberufliche Geburtshilfe einstellen und eine flächendeckende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Geburtshilfe nicht mehr gewährleistet ist. Um dem entgegenzuwirken, muss sichergestellt werden, dass auch Hebammen mit wenigen Geburten durch ihre Prämie zur Berufshaftpflichtversicherung nicht überlastet werden. Die folgenden Regelungen treten bereits am Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft, um sicher-

zustellen, dass die Vertragspartner nach § 134a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) möglichst zeitnah Vergütungsverhandlungen aufnehmen können, um eine fristgerechte Vereinbarung der Vergütungszuschläge im Sinne des § 134a Absatz 1c SGB V (neu) bis spätestens zum 30. September 2014 nicht zu gefährden.

Zu Buchstabe a

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben nach den leistungsrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Dabei sind in § 24f Satz 2 auch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten unter den verschiedenen Entbindungsorten (Entbindung im Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt) geregelt. Mit der Ergänzung von Absatz 1 Satz 1 wird zunächst klargestellt, dass die Vertragspartner in den Verträgen nach Absatz 1 weiterhin auch die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den von Hebammen geleiteten Einrichtungen zu vereinbaren haben. Dies wurde aufgrund der mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vorgenommenen Erweiterung der Verpflichtung zur Vereinbarung von Anforderungen an die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung auf die gesamte Hebammenhilfe zum Teil in Frage gestellt. Den Vertragspartnern wird ferner aufgegeben, die verpflichtende Teilnahme der Hebammen an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu regeln. In Betracht kommt hierfür beispielsweise die Verpflichtung zur Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.

Mit der Ergänzung von Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, dass die Vertragspartner bei der für die Vergütungsverhandlungen notwendigen Ermittlung des Bedarfs der Versicherten an Hebammenhilfe alle in § 24f Satz 2 genannten Geburtsorte berücksichtigen müssen.

Zu Buchstabe b

Der Sicherung der notwendigen Versorgungsqualität in der Geburtshilfe kommt eine besondere Bedeutung zu. Aus diesem Grund sehen die gesetzlichen Regelungen für Leistungen der Hebammenhilfe bereits ausdrücklich die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen vor. Mit der Neufassung des Absatzes 1a werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Berufsverbände nunmehr verpflichtet, die im Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 zu treffenden Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe bis zum 31. Dezember 2014 zu vereinbaren. Die Einhaltung der entsprechenden Qualitätsanforderungen ist insbesondere auch für die Geltendmachung eines Sicherstellungszuschlages nach Absatz 1b (neu) erforderlich. Satz 2 übernimmt die bereits geltende Regelung, dass die Qualitätsvereinbarungen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen sollen.

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 1b wird ein Sicherstellungszuschlag eingeführt, um Hebammen, die wegen geringer Geburtenzahlen und hoher Haftpflichtprämien ansonsten finanziell überfordert wären, dauerhaft zu entlasten und damit auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe einschließlich der freien Wahl des Geburtsortes zu gewährleisten. Notwendige Qualitätsaspekte sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Hebammen erhalten einen Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag, wenn die nach Absatz 1 vereinbarte Vergütung für Leistungen der Geburtshilfe in Relation zu der von der Hebamme im Einzelfall zu zahlenden Prämie für ihre notwendige Berufshaftpflichtversicherung wegen einer zu geringen Anzahl an betreuten Geburten nicht ausreichend ist und sie die Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a erfüllen. Die Hebamme hat dabei zu gewährleisten, dass sie ihrerseits von den Möglichkeiten zur Reduzierung der Haftpflichtprämie durch unterjährigen Wechsel der Versicherungsform Gebrauch macht, um unnötige Kosten für die Solidargemeinschaft zu vermeiden. Mit der Verpflichtung zum Wechsel der Versicherungsform sollen gleichzeitig falsche Anreize, nur Geburten in geringer Anzahl zu betreuen, verhindert werden. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeweils nach Ende eines Abrechnungszeitraums. Dies kann beispielsweise das Ende eines Versicherungsjahres sein. Auch Abschlagszahlungen sind möglich. Die Hebamme hat die für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen notwendigen Daten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Die Mittel für die Auszahlung des Sicherstellungszuschlages werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Maßgabe der in seiner Satzung für die Mittelaufbringung enthaltenen Bestimmungen bei den Krankenkassen erhoben. Die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens einschließlich der Höhe des Sicherstellungszu-

schlags in Abhängigkeit der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden sowie der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie Auszahlungszeitpunkt und Auszahlungsmodalitäten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bis zum 1. Juli 2015 vertraglich vereinbart. Die Vereinbarung soll auch Regelungen zu Abschlagszahlungen enthalten. Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätsanforderungen ist bei der Begleitung klinischer Geburten durch Beleghebammen der Nachweis der Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Krankenhauses als ausreichend anzusehen. Kommt eine Vereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der Sicherstellungszuschlag löst damit für Geburten ab 1. Juli 2015 die in Absatz 1c (neu) für einen Übergangszeitraum geregelten Zuschläge auf bestimmte Abrechnungspositionen ab. Die Erfüllung dieser Aufgabe erfordert beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Verfügbarkeit der für die Prüfung, Berechnung und Auszahlung des Sicherstellungszuschlages erforderlichen krankenkassenübergreifenden Abrechnungsdaten. Durch die leistungserbringer- und nicht versichertenbezogene Zusammenführung der Daten beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird gewährleistet, dass die Anspruchsberechtigung überprüft werden und eine zielgerichtete Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgen kann.

Um Hebammen, die nur eine geringe Anzahl an Geburten begleiten, im Hinblick auf die zum 1. Juli 2014 steigenden Haftpflichtversicherungsprämien kurzfristig zu entlasten, wird den Vertragspartnern mit dem neuen Absatz 1c aufgegeben, bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung gilt auch für die entsprechenden Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei einer nicht vollendeten Geburt. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen für Geburten ab dem 1. Juli 2014 für einen Übergangszeitraum bis zur Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nach Absatz 1b zum 1. Juli 2015 zu zahlen. Die Höhe des Zuschlags ist so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe sichergestellt und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten bezüglich der vom Gesetzgeber vorgesehenen Geburtsorte gewährleistet sind. Kommt die Vereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle festgesetzt.

Zu Buchstabe d

Bei der Neufassung handelt sich um eine Folgeänderung zu der bereits mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichenen Frist in Absatz 1 sowie zu den in den neuen Absätzen 1a, 1b und 1c geregelten Fristen für die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen und von Zuschlägen zur Entlastung von Hebammen im Hinblick auf die gestiegenen Prämien zur Haftpflichtversicherung. Die Festsetzung des Vertragsinhalts durch die Schiedsstelle erfolgt nun, wenn nach Kündigung eines Vertrages oder bei Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit ein neuer Vertrag zum Ablauf der Vertragslaufzeit nicht zustande kommt oder die Vereinbarungen nach Absatz 1a, Absatz 1b oder Absatz 1c innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Fristen nicht zustande kommen. In Satz 2 wird zudem klargestellt, dass der bisherige Vertrag bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle nur vorläufig weiter gilt. Die Schiedsstelle hat damit die Möglichkeit, den neuen Vertragsinhalt ab dem Zeitpunkt des Ablaufes der Laufzeit des bisherigen Vertrages festzusetzen.

Zu Nummer 6 (§ 137 SGB V, Qualitätssicherungsaufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Der neue § 137 Absatz 5 stellt klar, dass es zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört, die erforderlichen Beauftragungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu beschließen. Diese Klarstellung des Satzes 1 ist insbesondere für die in § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 bis 7 zusätzlich verankerten Institutsaufgaben erforderlich. Diese neuen Aufgaben zur Erstellung von vergleichenden Übersichten zur Versorgungsqualität im Krankenhaus, zur Weiterentwicklung und Darstellung der Versorgungsqualität auf der Grundlage von Sozialdaten sowie zur Entwicklung von Kriterien zur Einordnung

von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen sind bisher in der Aufgabenzuweisung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ausreichend abgebildet. Der Verweis in Satz 2 auf § 299 macht deutlich, dass die dort geregelten Anforderungen gelten, soweit die Beschlüsse zur Beauftragung des Instituts auf die Übermittlung von personenbezogenen Daten gerichtet sind. Dies kann z.B. bei Aufträgen zur Entwicklung und Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 und 3) oder auch bei der Nutzung von Sozialdaten zur Ermittlung und Darstellung der Versorgungsqualität (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 6) gegeben sein.

Zu Nummer 7 (§ 137a SGB V, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – Risikoadjustierung der Indikatoren)

Mit der Aufnahme des Begriffs der Risikoadjustierung der Indikatoren wird klargestellt, dass es sich dabei um eine wichtige Voraussetzung bei der Bewertung von Ergebnisqualität, insbesondere bei einer Veröffentlichung der Qualitätsbewertungen, handelt. Werden Qualitätsindikatoren risikoadjustiert, so wird insbesondere die Fallschwere des behandelten Patientenkollektivs berücksichtigt.

Zu Nummer 9 (§ 171d SGB V, Zwischenfinanzierung von Schließungskosten)

Die Regelung dient der Vereinfachung der Abwicklung und Rückzahlung eines aufgenommenen Darlehens. Nach der Änderung sollen die Krankenkassen des Haftungsverbands im Regelfall nur einmal jährlich zu einer Umlage zur Refinanzierung der vom GKV-Spitzenverband erfüllten Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse herangezogen werden. Dies führt zu einer erheblichen Verringerung des Verwaltungsaufwands beim GKV-Spitzenverband, bei den umlagepflichtigen Krankenkassen und beim Gesundheitsfonds. Lediglich in den Fällen, in denen das vom GKV-Spitzenverband aufgenommene Darlehen zum Ende eines Monats den Betrag von 50 Mio. Euro übersteigt, ist der Darlehensbetrag auch unterjährig zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Hierdurch soll eine längerfristige Belastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit hohen Darlehensbeträgen vermieden werden.

Zu Nummer 10 (§ 175 SGB V, Hinweispflicht der Krankenkassen auf Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu Zusatzbeiträgen)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Einfügung in § 175 Absatz 4 Satz 6 wird bestimmt, dass die Krankenkassen ihrer Hinweispflicht gegenüber dem einzelnen Mitglied durch ein gesondertes Anschreiben nachzukommen haben. Eine allgemeine Information in der Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse reicht zur Erfüllung der Hinweispflicht nicht aus. Im Übrigen wird festgelegt, dass die Krankenkassen in dem gesonderten Anschreiben auch auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen haben. Aus dieser geht hervor, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe. Durch die Erweiterung der Hinweispflicht wird sichergestellt, dass das Mitglied von dieser transparenten Vergleichsmöglichkeit Kenntnis erlangt.

Im Übrigen werden mit der Änderung aus rechtsförmlichen Gründen die im Gesetzentwurf enthaltenen Absatzmarken zwischen den Sätzen 5, 6 und 7 beseitigt.

Zu Nummer 18 (§ 242 SGB V, Informationspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

§ 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird um einen Absatz 5 ergänzt, wonach die Krankenkassen ihre aktuellen Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln haben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat diese Informationen in einer Übersicht vorzuhalten. Daraus geht hervor, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht diese Übersicht aktuell und in geeigneter Weise im Internet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt dazu verbindlich für die Krankenkassen das Nähere, um eine laufende Aktualität der Übersicht zu gewährleisten.

Durch eine parallele Änderung des § 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V wird geregelt, dass die Krankenkassen in ihrem schriftlichen Hinweis gegenüber einem Mitglied mit gesondertem Anschreiben auch auf diese Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hinzuweisen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass das Mitglied von dieser transparenten Vergleichsmöglichkeit Kenntnis erlangt.

Zu Nummer 22**Zu Buchstabe b (§ 248 SGB V, technische Vorlaufzeit zur Berücksichtigung von Veränderungen kasnenindividueller Zusatzbeitragssätze bei Versorgungsbezügen)**

Die Änderung sieht vor, dass die Regelung des § 247 Satz 3 - neu - im Gesetzentwurf nicht nur für die landwirtschaftliche Alterskasse als Zahlstelle von Versorgungsbezügen entsprechend gilt, sondern als Ergänzung des Gesetzentwurfs für Zahlstellen von Versorgungsbezügen generell, weil auch dort eine Vorlaufzeit benötigt wird, um Beitragssatzveränderungen technisch umzusetzen.

Zu Nummer 29**Zu Buchstabe b (§ 256 SGB V, Regelung zur Abgabe des Beitragsnachweises für Beiträge aus Versorgungsbezügen)**

Der Verweis auf die Vorschrift des § 28 f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) ist aufgrund der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens zu streichen. Durch den Verweis auf § 28f Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB IV wird eine Regelung zur Abgabe des Beitragsnachweises für Beiträge aus Versorgungsbezügen geschaffen, die sich an den Regelungen zur Abgabe des Beitragsnachweises im Arbeitgeberverfahren orientiert.

Zu Nummer 36 (§ 271 SGB V, Kompensation zur Absenkung des Bundeszuschusses in 2015 nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2014)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Haushaltsbegleitgesetz 2014. Dessen Änderung des § 271 Absatz 2, die eine Kompensation für die vorübergehende Absenkung des Bundeszuschusses für die Jahre 2014 und 2015 vorsieht, tritt bereits am Tag nach der Verkündung des Haushaltsbegleitgesetzes 2014 und damit vor diesem Gesetz, d. h. vor dem 1. Januar 2015, in Kraft. Folglich wird die Kompensationsregelung für 2015 mit der vorliegenden Änderung aus rechtstechnischen Gründen in den neugefassten § 271 Absatz 2 inhaltsgleich übernommen. Die Kompensationsregelung für 2014 muss wegen des Zeitablaufs nicht übernommen werden. Im Übrigen bleibt der neugefasste § 271 Absatz 2 gegenüber der Fassung aus dem Regierungsentwurf inhaltlich unverändert.

Zu Nummer 39a (§ 303b SGB V, Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung)**Zu Buchstabe a**

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anfügung der neuen Absätze 2 bis 4.

Zu Buchstabe b

Ziel der Regelung ist es, die Datenlage für die Versorgungsforschung weiter zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Regelungen zur Datentransparenz neu gefasst und als Datengrundlage die bereits vorhandenen Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bestimmt. Mit der zur weiteren Umsetzung dieser Regelungen erlassenen Datentransparenzverordnung wurden dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Aufgaben einer Vertrauens- und einer Datenaufbereitungsstelle übertragen.

Mit dieser Änderung werden die Daten beim DIMDI, die für Zwecke der Datentransparenz genutzt werden dürfen, um ein Regionalkennzeichen ergänzt.

Hierzu haben die Krankenkassen die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten aus den bei ihnen auf der Grundlage des § 284 Absatz 1 rechtmäßig gespeicherten Adressen zu ermitteln und als Regionalkennzeichen an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln.

Für die Übermittlung ist nach Absatz 2 Satz 2 das Verfahren zu nutzen, das auch für die übrigen Daten zu verwenden ist, die für Zwecke der Datentransparenz zu übermitteln sind. Dabei handelt es sich um das Verfahren, das in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt ist, um die Durchführung und Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu gewährleisten. Dieses Verfahren regelt die jährliche Datenübermittlung von den Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt und sieht bereits eine Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten bei den Krankenkassen vor.

Absatz 2 Satz 3 bestimmt eine weitere Verschlüsselung des Regionalkennzeichens. Die Regelung gewährleistet, dass eine Entschlüsselung und Zusammenführung dieser Regionalkennzeichen mit den für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs übermittelten Daten nur durch das DIMDI und nur zum Zweck der Datentransparenz möglich ist, denn für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist das Regionalkennzeichen nicht erforderlich. Das Regionalkennzeichen soll aber beim DIMDI den versichertenbezogenen periodenübergreifenden Pseudonymen zugeordnet werden, damit für die Nutzungszwecke der Datentransparenz (vgl. § 303e Absatz 2 Satz 1) für die Versorgungsforschung und -planung eine belastbare regionalisierte Datengrundlage zur Verfügung steht.

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt die besonders verschlüsselten Regionalkennzeichen zusammen mit den Daten zur Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach Absatz 1 (Morbi-RSA-Daten) nach dem dort geregelten Verfahren übermittelt, und zwar das verschlüsselte Regionalkennzeichen zusammen mit den Morbi-RSA-Daten an die Datenaufbereitungsstelle und die Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle. Für das weitere Verfahren gelten die §§ 303c und 303d. Damit wird sichergestellt, dass die Regionalkennzeichen den periodenübergreifenden Pseudonymen korrekt zugeordnet werden.

Damit wird das Regionalkennzeichen den Morbi-RSA-Daten der Krankenkassen als zusätzliches Datum angehängt und das bisher bereits für die Morbi-RSA-Daten genutzte Verfahren unverändert angewandt. Mit dem Verzicht auf die Etablierung eines neuen eigenständigen Datenübermittlungsverfahrens wird der Umsetzungsaufwand minimiert.

Ferner wird über die Geltung des § 303c Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 5 der Datentransparenzverordnung und insbesondere durch eine dementsprechende Prüfung der Datenaufbereitungsstelle vor der Bereitstellung der Daten für die Nutzungsberechtigten sichergestellt, dass auch in Bezug auf die Verarbeitung und Nutzung des Regionalkennzeichens für Zwecke der Datentransparenz auszuschließen ist, dass Versicherte hierdurch wieder identifiziert werden können.

Absatz 3 Satz 2 enthält eine Sonderregelung für die Jahre 2009 und 2010. Für diesen Zeitraum liegen dem Bundesversicherungsamt bereits versichertenbezogen Kennzeichen zum Wohnort vor. Grundlage hierfür war die Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds (sog. Konvergenzklausel) in § 272, die mit diesem Gesetz aufgehoben wird (vgl. Artikel 1 Nummer 37). Das Bundesversicherungsamt hat die ihm bereits vorliegenden Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle einmalig zu übermitteln, damit diese Daten bereits für Zwecke der Versorgungsforschung und -planung genutzt werden können. Damit bei der Datenaufbereitungsstelle auch für diese Daten eine Zuordnung zu den periodenübergreifenden Pseudonymen möglich ist, ist es erforderlich, dass das Bundesversicherungsamt auch für diese Daten eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle übermittelt. Dort werden die Daten in die periodenübergreifenden Pseudonyme überführt. Für die Jahre, ab denen die Regionaldaten nach Absatz 2 Satz 1 ermittelt werden, gilt dann das in den Absätzen 1 und 2 sowie in Absatz 3 Satz 1 geregelte Verfahren.

Mit Absatz 4 wird den Beteiligten, dem Bundesversicherungsamt, dem Spitzenverband Bund und dem DIMDI die Möglichkeit eingeräumt, das Nähere für die Umsetzung der Datenübermittlungen zu vereinbaren, und zwar sowohl für das reguläre Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 1 als auch für die Sonderregelung nach Absatz 3 Satz 2.

Die Neuregelung tritt mit den Änderungen der Vorschriften zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA am 1. August 2014 in Kraft, um eine Übermittlung der Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten für die Jahre 2009 und 2010 an das DIMDI und damit deren Nutzung für Zwecke der Datentransparenz noch in diesem Jahr zu ermöglichen.

Zu Nummer 41 (§ 322 SGB V, Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und Versorgungsbezügen)

Es handelt sich um die – ergänzte – Übergangsregelung zur Änderung der §§ 247 und 248, nach der sich Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeiträge für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner sowie für Versorgungsbezügeempfänger mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Übergangsregelung wird insoweit ergänzt, als sie nicht nur für Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 (Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse) in den Monaten Januar und Februar 2015 gilt, sondern für Beiträge aus Versorgungsbezügen generell.

Zu Artikel 4**Zu Nummer 2 (§ 26 Absatz 4 SGB IV, Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge)**

Es wird klargestellt, dass für die Anforderung der Einzugsstelle kein Dokument mit qualifizierter elektronischer Signatur nach dem Signaturgesetz erforderlich ist. Da die qualifizierte elektronische Signatur sehr wenig verbreitet ist, wird stattdessen ein technikoffener Begriff gewählt. In Betracht kommt namentlich eine Übermittlung im DEÜV-Meldeverfahren (§ 28a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Artikel 6**Zu Nummer 1a (§ 55 Absatz 5 SGB XI, Beitragszuschlag landwirtschaftliche Unternehmer)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Dies soll auch in der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung entsprechend umgesetzt werden. Mit dieser Änderung wird zugleich erreicht, dass die Versicherten in der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung durch die mit dem Fünften SGB-XI-Änderungsgesetz zum 1. Januar 2015 beabsichtigte Beitragssatzerhöhung von 2,05 auf 2,35 Prozent nicht stärker belastet werden als die übrigen Versicherten der sozialen Pflegeversicherung. Die Änderung tritt zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Zu Artikel 7**Zu Nummer 0 (§ 20 KVLG 1989, Versicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Beitragssatzpunkten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 40 KVLG 1989, Unternehmerbeitrag bei ALG II-Bezug)**Zu Buchstabe a**

Entspricht dem bisherigen Artikel 7 Nummer 2 des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Mit dem neuen Absatz 5a wird die im Gesetzentwurf enthaltene Pauschalierung des Beitrags für Beziehende von Arbeitslosengeld II nach § 232a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherte landwirtschaftliche Unternehmer mit Arbeitslosengeld-II-Bezug nachvollzogen. Für landwirtschaftliche Unternehmer, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, gilt zukünftig ebenso wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung ein pauschalierter Beitrag. Als beitragspflichtige Einnahme wird ebenso wie für andere Beziehende von Arbeitslosengeld II das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt.

Zu Nummer 4 (§ 48 KVLG 1989, Beitragstragung bei ALG II-Bezug)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Für landwirtschaftliche Unternehmer, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, wird zukünftig nach § 40 Absatz 5a ein pauschalierter Unternehmerbeitrag zugrunde gelegt. Nach Absatz 4 wird dieser Beitrag zukünftig ebenso wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung nach § 251 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bund getragen.

Zu Nummer 5 (§ 49 KVLG 1989, Beitragszahlung bei ALG II-Bezug)

In Ergänzung zu der neuen Regelung in § 48 Absatz 4 zur Beitragstragung bei landwirtschaftlichen Unternehmern, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, wird in § 49 die Regelung zur Beitragszahlung ange-

passt. Ebenso wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung nach § 252 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird der Beitrag für Beziehende von Arbeitslosengeld II von der Bundesagentur für Arbeit oder den zugelassenen kommunalen Trägern gezahlt.

Zu Artikel 7a

(§ 20 KVLG 1989, Versicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II)

Die Absätze 1 und 2 entsprechen im Grundsatz der durch Artikel 7 Nummer 0 geänderten Fassung des § 20. Mit dem neuen Absatz 2 Satz 1 wird geregelt, dass für landwirtschaftliche Unternehmer, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, die beitragsrechtlichen Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Anwendung finden. Für diesen Personenkreis gelten ab dem 1. Januar 2016 die beitragsrechtlichen Regelungen nach § 40 Absatz 5a, § 48 Absatz 4 und § 49 Satz 2.

Zu Artikel 9

(§ 32 SGB XII, Zusatzbeiträge von Beziehern von Leistungen nach dem SGB XII)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Einführung prozentualer Zusatzbeiträge, die für Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem Zwölften Buch in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 Absatz 1 erhoben und vom zuständigen Leistungsträger übernommen werden.

Zu Artikel 16a

(Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird klargestellt, dass der Schlichtungsausschuss für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich organisiert und tätig ist. Die Aufgabenwahrnehmung erfolgt durch den Schlichtungsausschuss unabhängig davon, welche Kasse oder Kassenart betroffen ist. Insbesondere ein Aufbau des Schlichtungsausschusses mit kassenartenspezifischen Kammern und Zuständigkeiten ist damit ausgeschlossen.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung von Satz 8 wird klargestellt, dass im Rahmen der näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses auch Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben zu treffen sind.

Zu Buchstabe c

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, das bereits zum 1. August 2013 in Kraft getreten ist, wurden die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene (Landesverbände Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und Landeskrankenhausesellschaften andererseits) verpflichtet, Schlichtungsausschüsse auf Landesebene einzurichten. Diese sind bei Streitigkeiten über das Ergebnis einer Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anzurufen, bevor Klage beim Sozialgericht eingereicht werden kann, sofern der Streitwert geringer als 2 000 Euro ist. Die Regelung dient der Entlastung der Sozialgerichte. Bisher haben die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene noch keinen arbeitsfähigen Schlichtungsausschuss eingerichtet. Um eine flächendeckende Einrichtung der Schlichtungsausschüsse zu gewährleisten, wird durch die vorgesehenen Regelungen eine Konfliktlösung eingeführt. Durch den neuen Satz 9 wird vorgegeben, dass im Falle einer nicht erfolgreichen Einigung der Vertragsparteien auf Landesebene auf Einzelheiten zum Verfahren und zur Finanzierung des Schlichtungsausschusses auf Landesebene die Landesschiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet. Wenn bis zum 31. August 2014 kein arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss auf Lan-

desebene besteht, ist nach Satz 10 die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zur Bildung des Schlichtungsausschusses übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Allerdings kann nach Satz 11 die Landesschiedsstelle für die übergangsweise Wahrnehmung der Aufgabe des Schlichtungsausschusses einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten. Auch der vorläufige Schlichtungsausschuss muss paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und Krankenhäuser und einem unparteiischen Vorsitz besetzt sein.

Zu Nummer 2

Um den Krankenhäusern Zeit für notwendige Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen (Einrichtungen) zu geben und um den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) Gelegenheit zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu geben, wird die sog. Optionsphase um zwei Jahre verlängert (siehe dazu auch die Änderungen der Bundespflegesatzverordnung und des Psych-Entgeltgesetzes). Dies bedeutet, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auch in den Jahren 2015 und 2016 noch frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Die obligatorische Anwendung des neuen Vergütungssystems verschiebt sich dadurch um zwei Jahre auf das Jahr 2017. Die budgetneutrale Phase, während der aus der Anwendung des neuen Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen weder Gewinne noch Verluste resultieren, verlängert sich daher ebenfalls um zwei Jahre und dauert nunmehr bis einschließlich 2018. In der Folge verschiebt sich der Beginn der Konvergenzphase, in der die krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte schrittweise an den Landesbasisentgeltwert angeglichen werden, ebenfalls um zwei Jahre auf die Jahre 2019 bis 2023. Die gesamte Einführungsphase des neuen Entgeltsystems verlängert sich somit um zwei Jahre.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung verlängert die budgetneutrale Phase um zwei Jahre und dehnt sie auf die Jahre 2017 und 2018 aus.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Die Regelung verlängert die Optionsphase um zwei Jahre und dehnt sie auf die Jahre 2015 und 2016 aus. Die obligatorische Einführung des neuen Vergütungssystems erfolgt daher erst im Jahr 2017.

Zu den Doppelbuchstaben dd und ee

Der Beginn der Konvergenzphase wird um zwei Jahre auf das Jahr 2019 verschoben.

Zu Doppelbuchstabe ff

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Artikel 16b

(Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Zum anderen setzt die Regelung einen finanziellen Anreiz für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, frühzeitig das neue Entgeltsystem anzuwenden, da ihnen für die Jahre 2015 und 2016 die Möglichkeit eingeräumt wird, einen Budgetanstieg bis zum Zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze (Veränderungswert oder Grundlohnrate) mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Diese Möglichkeit gilt sowohl für die Einrichtungen, die ab dem Jahr 2015 oder 2016 das neue Entgeltsystem optional anwenden, als auch für die Einrichtungen, die bereits in den Jahren 2013 oder 2014 optiert haben. In der Annahme einer Optionsquote von jeweils 40 Prozent in den Jahren 2015 und 2016 entstehen hieraus Mehrausgaben für alle Kostenträger in Höhe von rund 74 Mio. Euro im Jahr 2015 und von rund 76 Mio. Euro im Jahr 2016 (GKV: rund 70 Mio. Euro im Jahr 2015 und rund 72 Mio. Euro im Jahr 2016), sofern die Obergrenze bei den Budgetverhandlungen ausgeschöpft wird.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Buchstabe e**Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, durch die der für die Einrichtungen verbesserte Mindererlösausgleich auf die Jahre 2015 und 2016 erstreckt wird. Hierdurch wird der Anreiz für die Einrichtungen für einen frühzeitigen freiwilligen Umstieg auf das neue Entgeltsystem aufrechterhalten. Die Verlängerung des verbesserten Mindererlösausgleichs führt in der Annahme einer Optionsquote von jeweils 40 Prozent in den Jahren 2015 und 2016 zu geschätzten Mehrausgaben für alle Kostenträger in Höhe von jeweils rund 49 Mio. Euro (GKV: jeweils rund 46 Mio. Euro).

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, durch die der für die Einrichtungen verbesserte Mehrerlösausgleich auf die Jahre 2015 und 2016 erstreckt wird. Hierdurch wird der Anreiz für die Einrichtungen für einen frühzeitigen freiwilligen Umstieg auf das neue Entgeltsystem aufrechterhalten. Die Verlängerung des verbesserten Mehrerlösausgleichs führt in der Annahme einer Optionsquote von jeweils 40 Prozent in den Jahren 2015 und 2016 zu geschätzten Mehrausgaben für alle Kostenträger in Höhe von jeweils rund 9 Mio. Euro (GKV: jeweils rund 8 Mio. Euro).

Zu den Nummern 2 bis 4

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Nummer 5**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Darüber hinaus trägt die Änderung dem Sachverhalt Rechnung, dass die Selbstverwaltungspartner die ihnen gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 eingeräumte Möglichkeit wahrgenommen haben, die Abschnitte E1 bis E3 und B1 weiterzuentwickeln. In den Jahren bis einschließlich 2017 haben die Krankenhäuser zur Vorbereitung der Budgetvereinbarungen daher die insoweit geänderten Unterlagen vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Darüber hinaus trägt die Änderung dem Sachverhalt Rechnung, dass die Selbstverwaltungspartner die ihnen gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 eingeräumte Möglichkeit wahrgenommen haben, die Abschnitte E1 bis E3 weiterzuentwickeln. In den Jahren ab 2019 haben die Krankenhäuser zur Vorbereitung der Budgetvereinbarungen daher die insoweit geänderten Unterlagen vorzulegen. Der Abschnitt B2 wurde bislang durch die Selbstverwaltungspartner nicht weiterentwickelt. Für diesen Abschnitt gilt daher solange die in der Anlage enthaltene Fassung, bis die Selbstverwaltungspartner eine Vereinbarung über eine Weiterentwicklung treffen.

Zu den Nummern 6 und 7

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Nummer 8**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Entsprechend der Änderung des § 11 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 sieht die Änderung durch Doppelbuchstabe aa vor, dass der Abschnitt B1 bis einschließlich zum Jahr 2018 vorzulegen ist, auch wenn er nicht mehr in der Fassung der Anlage, sondern in der Fassung der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 gilt. Entsprechend der Änderung des § 11 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sieht die Änderung durch Doppelbuchstabe bb vor, dass der Abschnitt B2 erst ab dem Jahr 2019 vorzulegen ist.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Entsprechend der Änderung des § 11 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wird die Überschrift des Abschnitts B1 dahingehend geändert, dass er bis einschließlich zum Jahr 2019 vorzulegen ist.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Entsprechend der Änderung des § 11 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird die Überschrift des Abschnitts B2 dahingehend geändert, dass er erst ab dem Jahr 2019 vorzulegen ist.

Zu Artikel 16c

(Änderung des Psych-Entgeltgesetzes)

Folgeänderung zur Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Hierdurch wird die Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) um zwei Jahre verlängert, so dass die Verhandlung und Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV bis einschließlich zum Jahr 2018 erfolgen kann.

Zu Artikel 16d

(Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Um eine zügige Umsetzung der mit dem Infektionsschutzgesetz verbindlich vorgegebenen Hygienestandards in deutschen Krankenhäusern zu unterstützen, wurde mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 ein Hygiene-Förderprogramm eingeführt. Das Programm sieht bei Neueinstellung oder Aufstockung vorhandenen Hygienepersonals, bei Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem oder pflegerischem Hygienepersonal und bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in den Jahren 2013 bis 2016 eine finanzielle Förderung vor.

Bei der Umsetzung des Förderprogramms wird der Begriff „Neueinstellung“ zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern kontrovers diskutiert. Während die Krankenhäuser auch die Besetzung von neu geschaffenen Hygienestellen durch Umbesetzung vorhandenen Personals mit entsprechender Qualifikation in den Bereich der Hygiene als förderfähige Neueinstellung verstehen, argumentieren die Kostenträger, dass ausschließlich von außerhalb neu eingestelltes zusätzliches Hygienepersonal als Neueinstellung förderfähig sei.

Vor diesem Hintergrund wird durch die Ergänzung von § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 klargestellt, dass auch für vorhandenes Krankenhauspersonal mit abgeschlossener Fort- und Weiterbildung im Bereich Hygiene eine (anteilige) finanzielle Förderung der Personalkosten gemäß Satz 1 Nummer 1 möglich ist, soweit eine neue Stelle im Bereich Hygiene geschaffen wird und diese intern besetzt werden kann. Dabei ist davon auszugehen, dass die durch die interne Nachbesetzung frei werdende Stelle regelmäßig nachbesetzt wird. Für Personal des Krankenhauses kann damit sowohl die Fort- und Weiterbildung gemäß Satz 1 Nummer 2 als auch eine finanzielle Förderung der Personalkosten gemäß Satz 1 Nummer 1 gewährt werden. Dies entspricht der Intention des Hygiene-Förderprogramms, die Hygienestandards des Infektionsschutzgesetzes möglichst zügig umzusetzen.

Da die vorgenommene Klarstellung bei der Schätzung der Mehrkosten bei Einführung des Hygiene-Förderprogramms implizit berücksichtigt wurde, fallen keine zusätzlichen Kosten an.

Zu Artikel 17

(Inkrafttreten der Vorschriften insbesondere zur Weiterentwicklung der Unabhängigen Patientenberatung, der Verlängerung der Einführungsphase des Psych-Entgeltsystems, der Versicherungspflicht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II und der Versorgung mit Hebammenhilfe)

Die Regelung zum Inkrafttreten wird im Hinblick auf die Vorschriften zur Weiterentwicklung der Unabhängigen Patientenberatung, der Verlängerung der Einführungsphase des Psych-Entgeltsystems, der Verbesserung der Datenlage zur Versorgungsforschung, der Versorgung mit Hebammenhilfe und zur Rechtsvereinfachung im Falle von ALG-II-Bezug in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung angepasst.

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen Absatz 5.

Zu Absatz 2

Die Erhöhung der Fördersumme der Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist für die neue Förderphase ab 1. Januar 2016 vorgesehen. Bei den Änderungen in Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b, Nummer 4 Buchstabe b, Nummer 5 und Artikel 7a handelt es sich um Folgeänderungen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu den Regelungen in Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 4 und 15, Artikel 2 und Artikel 6 – Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen beim Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei Beziehenden von Arbeitslosengeld II. Sie sollen daher zeitgleich mit den übrigen in Absatz 2 genannten Regelungen am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da sich der Änderungsbefehl zu § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V aufgrund eines Änderungsantrags verschoben hat.

Zu Absatz 3

Die Neuregelung zur Verbesserung der Datenlage für die Versorgungsforschung tritt mit den Änderungen der Vorschriften zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA am 1. August 2014 in Kraft, um eine Übermittlung der Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten für die Jahre 2009 und 2010 an das DIMDI und damit deren Nutzung noch in diesem Jahr zu ermöglichen.

Zu Absatz 4

Die Änderung in § 5 Absatz 5a SGB V tritt vor dem Hintergrund einer diesbezüglichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts am Tag nach der Verkündung in Kraft. Zu Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 5 Absatz 5a SGB V verwiesen.

In Anbetracht der bereits begonnenen Vorarbeiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine erneute Ausschreibung wird auch als Zeitpunkt des Inkrafttretens der weiteren Regelungen zur Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung der Tag nach der Verkündung vorgesehen.

Auch die Verlängerung der Einführungsphase des Psych-Entgeltsystems um zwei Jahre, die ergänzenden Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Landesebene sowie die Klarstellung zum Hygiene-Förderprogramm treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 5

Mit dem Inkrafttreten der Vorschriften für die Versorgung mit Hebammenhilfe am Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag wird im neuen Absatz 5 sichergestellt, dass die Vertragspartner nach § 134a Absatz 1 Satz 1 SGB V möglichst zeitnah die notwendigen Verhandlungen aufnehmen. Dies gilt insbesondere für die Verhandlungen über Vergütungszuschläge im Sinne des § 134a Absatz 1c SGB V – neu –, um eine fristgerechte Vereinbarung bis spätestens zum 30. September 2014 nicht zu gefährden.

Berlin, den 4. Juni 2014

Jens Spahn
Berichtersteller

Sabine Dittmar
Berichterstatte

Harald Weinberg
Berichtersteller

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatte