

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 0 - neu - (§ 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Ausschluss von über 55-jährigen PKV-Versicherten aus der GKV)

Dem Artikel 1 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Entfällt für diese Personen die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres, gilt diese im Sinne des Satzes 2 jedoch als fortbestehend.“

bb) In dem neuen Satz 4 werden jeweils nach der Angabe „2“ die Wörter „und Satz 3“ eingefügt.

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

„(3b) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres eine Absicherung im Krankheitsfall begründen, die nach zwischenstaatlichen oder supranationalen Vorschriften einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt ist, sind, auch wenn sie nach diesem Buch versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie bei der Begründung ihrer nach zwischenstaatlichen oder supranationalen Vorschriften gleichgestellten Absicherung im Krankheitsfall

1. in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert waren und
2. mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren.

§ 6 Absatz 3a Satz 4 gilt entsprechend.“ ‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstaben a und b

Mit der Regelung wird eine Regelungslücke für Personen geschlossen, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren Versicherungspflichttatbestand aber erst nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eintritt.

Gemäß § 6 Absatz 3a Satz 1 sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Hierdurch wird zum Schutz der Solidargemeinschaft sichergestellt, dass Personen, die versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren, nicht zu diesem späten Zeitpunkt in ihrem Erwerbsleben von der privaten Krankenversicherung zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können, obwohl sie

im vergangenen Fünfjahreszeitraum der Sphäre der privaten Krankenversicherung zuzuordnen waren.

Diese klare Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wurde jüngst durch die Rechtsprechung in Zweifel gezogen. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat am 19. April 2024 (Az. L 1 KR 441/21) entschieden, dass die Negativvoraussetzung „nicht gesetzlich versichert“ in den letzten fünf Jahren hinsichtlich der Formulierung „die Hälfte der Zeit“ dem Wortlaut nach auf die letzten fünf Jahre vor Eintritt der Versicherungspflicht zu beziehen ist und nicht, wie nach bisherigem Verständnis, auf die letzten fünf Jahre vor Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Dieses Verständnis hat zur Folge, dass die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung frühestens zweieinhalb Jahre nach dem durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingten Ende der Versicherungsfreiheit, dem Ende einer hauptberuflichen selbstständigen Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) oder dem Wegfall einer Befreiung von der Versicherungspflicht einen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet. Eine solche Aushöhlung der grundsätzlichen Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung entsprach nicht der Intention des Gesetzgebers.

Im Hinblick auf die entgegenstehende Rechtsprechung ist daher mittels der hiesigen Regelung Abhilfe zu schaffen. Nach dieser wirkt für Zwecke der Voraussetzung des Satzes 2 eine nach Vollendung des 55. Lebensjahres wegfallende Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht oder hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) fort. Grundsätzlich haben sich diese Personen (weiterhin) in der privaten Krankenversicherung abzusichern. Für der privaten Krankenversicherung zugeordnete Personen besteht dabei Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

Folgeänderung zur Regelung unter Nummer 1. Die erweiternde Regelung des neuen Satzes 3 erfasst gleichfalls auch Ehegatten und Lebenspartner von Beamten, hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigen und versicherungsfreien Personen.

Zu Buchstabe b

Wenn privat Krankenversicherte ins Ausland ziehen und dort eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, können zwischenstaatliche oder supranationale Normen die Anerkennung von im Ausland zurückgelegten Zeiten in einer gesetzlichen Absicherung anordnen. Solche Regelungen bezwecken die Gleichstellung mit gesetzlich Versicherten im Inland, nicht jedoch eine Besserstellung im Vergleich zu Versicherten mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland. Die systembedingten Einschränkungen bei der Aufnahme in die GKV sollten durch derartige Vorschriften nicht umgangen werden können.

Eine fundamentale Bestimmung zur Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung ist § 6 Absatz 3a, nach dem ein Wechsel in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres nur noch sehr eingeschränkt möglich ist, wenn zuvor schon eine Versicherung in der GKV bestanden hat und die betreffenden Personen nicht einer Personengruppe angehören, die, wie zum Beispiel als Jahresarbeitsentgeltüberschreiter und Beamte versicherungsfrei oder als hauptberuflich Selbstständige nicht versicherungspflichtig und damit grundsätzlich der PKV zugewiesen sind. Mit der Regelung sollen Wechsel in die GKV unterbunden werden, wenn während der aktiven Erwerbsphase keine ausreichende Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der GKV stattgefunden hat.

Personen, die vor einem Auslandsaufenthalt bereits in Deutschland ansässig waren, konnten bzw. hatten sich in Deutschland gegen Krankheit abzusichern. Von Sondersicherungssystemen abgesehen ist hierfür nach den gesetzlichen Regelungen entweder eine Absicherung in der GKV oder in der PKV möglich bzw. vorgesehen. Die im Gesetz enthaltene Systemabgrenzung sollte durch einen Auslandsaufenthalt nicht umgangen werden können.

Daher ist die Systemabgrenzung in § 6 dahingehend zu präzisieren, dass die einschränkenden Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres auch bei Personen, die nach einem Aufenthalt im Ausland nach Deutschland ziehen, wirkungsgleich zur Anwendung kommen. Damit ein Aufenthalt im Ausland weder zu einer Benachteiligung noch zu einer Bevorzugung im

Vergleich zu durchgängig im Inland Versicherten führt, sind die Voraussetzungen bei erstmaliger Wahl einer gesetzlichen Absicherung nach Vollendung des 55. Lebensjahrs zu prüfen, unabhängig davon, ob diese im Inland oder im Ausland erfolgt.

Da die Regelung insofern keine Einschränkungen enthält, gilt sie für sämtliche Versicherungspflichtbestände nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 13.

Sofern vor dem Aufenthalt im Ausland eine private Krankenversicherung bestanden hat, können Versicherte ihren Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortführen (§ 204 Abs. 5 VVG). Anderenfalls besteht Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

Table Briefings

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummern 1a - neu – (§§ 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummern 1b - neu – (§§ 20j Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummern 1c - neu – (§§ 23 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 35a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 18a – neu – (§§ 130b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 7 (§§ 24, 113 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 8 (§§ 3, 4 Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung)

(Erstattungsfähigkeit von Präexpositionsprophylaxe (PrEP))

1. Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. § 20i wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen.“

2. Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommision und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen haben.“

3. Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen nach den Absätzen 2 und 3, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.“ “

2. Nach Artikel 1 Nummer 1a wird folgende Nummer 1b eingefügt:

,1b. § 20j wird die Überschrift wie folgt gefasst:

„§ 20j

Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit dem Humanen Immundefizienz-Virus“ “

3. Nach Artikel 1 Nummer 1b wird folgende Nummer 1c eingefügt:

,1c. § 23 wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen; Verordnungsermächtigung“.

2. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Anspruch nach Absatz 1 Nummer 3 umfasst auch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne von § 2 Nummer 10 des Infektionsschutzgesetzes. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht fristgemäß zustande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.“ ‘

4. Nach Artikel 1 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

4a. § 35a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels“ die Wörter „oder vier Wochen nach einem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.
- b) In Absatz 5b Satz 1 werden nach den Wörtern „mindestens einem neuen Anwendungsgebiet“ die Wörter „oder ein Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe“ eingefügt. ‘

5. Artikel 1 Nummer 10 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe vorangestellt:

- a) In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 werden nach dem Wort „Schutzimpfungen“ die Wörter „sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.
- b) Die Buchstaben a bis l werden die Buchstaben b bis m. ‘

6. Nach Artikel 1 Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

18a. In § 130b Absatz 3a wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Wird aufgrund einer Nutzenbewertung nach einem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser ab dem siebten Monat nach dem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2.“ ‘

7. Nach Artikel 6 wird folgender Artikel 7 eingefügt:

„Artikel 7 Änderung des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierzehnte Buch Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 195) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „auf Grundlage eines Anspruchs nach einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3“ die Wörter „oder § 23 Absatz 1a Satz 7“ eingefügt.
2. In § 113 Absatz 5 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 20i Absatz 3“ die Wörter oder „§ 23 Absatz 1a Satz 7“ eingefügt.
8. Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 8 eingefügt:

„Artikel 8

Änderung der Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Die Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung vom 28. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2324), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 wird folgende Nummer 6 angefügt:

[Die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird durchgeführt für erstattungsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen und neuen Wirkstoffkombinationen,]

„6. die ab dem 1. Januar 2011 erstmals in den Verkehr gebracht worden sind und für deren Anwendung zur spezifischen Prophylaxe der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gefasst hat.“
2. In § 4 Absatz 3 wird folgende Nummer 8 angefügt:

[Das Dossier ist spätestens zu folgenden Zeitpunkten zu übermitteln:]

„8. für Arzneimittel, für deren Anwendung zur spezifischen Prophylaxe der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gefasst hat, innerhalb von vier Wochen nach dem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Begründung

Zu Nummer 1

Die Änderung von Absatz 2 ist erforderlich, da die bislang in § 20i Absatz 2 enthaltene Ermächtigung für Krankenkassen, in ihren Satzungen andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorzusehen, in den § 23 Absatz 1a (neu) überführt wird.

§ 20i Absatz 3 Satz 1 enthielt bislang die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, nach Anhörung der Ständigen Impfkommision und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben. Diese wird nunmehr in den § 23 Absatz 1a (neu) überführt, sodass Absatz 3 Satz 1 anzupassen ist.

Gleiches gilt für die ursprünglich in § 20i Absatz 4 Satz 2 enthaltene Ermächtigung der Krankenkassen, ihre Versicherten in geeigneter Form über Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.

Zu Nummer 2

Die Anpassung der Überschrift ist erforderlich, um klarzustellen, dass der Anspruch auf Leistungen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit dem Humanen Immundefizienz-Virus weiterhin in § 20j verortet ist, nicht jedoch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.

Zu Nummer 3

Die Regelung stellt klar, dass der Anspruch aus § 23 Absatz 1 Nummer 3 auch eine Versorgung mit anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne von § 2 Nummer 10 des Infektionsschutzgesetzes umfassen kann.

Zwar konnte ein Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur spezifischen Prophylaxe bereits bisher nach § 23 Absatz 1 Nummer 3 gegeben sein, sofern die höchstrichterlich konkretisierten Voraussetzungen vorlagen, also im Einzelfall das Erkrankungsrisiko bereits angelegt war, bei ungehindertem Verlauf der Eintritt einer präventablen Krankheit konkret drohte und daher eine medizinische Intervention erforderlich war (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009 – B 3 KR 11/07 R). In der Praxis wurde die Versorgung allerdings uneinheitlich gehandhabt. Die Anpassung verfolgt daher – ohne von den zuvor genannten höchstrichterlich entwickelten Konkretisierungen abzuweichen – das Ziel, die in der Versorgung aufgetretenen Unsicherheiten bezüglich des Leistungsanspruchs nach § 23 Absatz 1 Nummer 3 auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur präventiven Anwendung zum Schutz vor Erkrankungen im Sinne einer spezifischen Prophylaxe durch eine gesetzliche Klarstellung auszuräumen.

Mit Satz 2 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistungen in Richtlinien nach § 92 zu bestimmen. Die Entscheidung hat dabei auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut zu erfolgen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu berücksichtigen. Die Zuständigkeit für über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach dem Infektionsschutzgesetz verbleibt beim öffentlichen Gesundheitsdienst.

Satz 3, 4 und 5 spiegeln die in § 20i Absatz 1 Satz 4, 5 und 6 für Schutzimpfungen enthaltenen Regelungen in den § 23 Absatz 1a (neu) für den Bereich der anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. Diese enthalten Regelungen zum Verfahren der Beschlussfindung des G-BA und stellen klar, dass bei nicht fristgemäßer Entscheidung des G-BA insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erbracht werden dürfen, bis die Richtlinie vorliegt. Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA besteht ein unmittelbarer Anspruch auf Leistungen der spezifischen Prophylaxe bei übertragbaren Krankheiten gemäß den Empfehlungen der STIKO.

Mit Satz 6 wird die bislang in § 20i Absatz 2 enthaltene Ermächtigung für Krankenkassen, in ihren Satzungen andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorzusehen, in den § 23 Absatz 1a (neu) überführt. Damit steht es den Krankenkassen offen, über den Beschluss nach Satz 2 hinausgehende Maßnahmen als Satzungsleistungen zu erbringen.

Satz 7 überführt zudem die bislang in § 20i Absatz 3 Satz 1 enthaltene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben, in den § 23 Absatz 1a (neu).

Satz 8 überführt die bislang in § 20i Absatz 4 Satz 2 enthaltene Ermächtigung der Krankenkassen, Versicherte über andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, in den § 23 Absatz 1a (neu).

Zu Nummer 4

In der Regelung des § 35a Absatz 1 Satz 3 wird ergänzt, dass die Pflicht zur Dossiereinreichung für eine Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 auch dann besteht, wenn der G-BA gemäß der Neuregelung in § 23 Absatz 1a Satz 2 die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe bestimmt. Dies ist erforderlich, da nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 2 die Anwendung eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe erst dann erstattungsfähig wird, wenn der G-BA den Anspruch entsprechend konkretisiert hat. Im Folgenden wird der Zusatznutzen für die Anwendung zur spezifischen Prophylaxe bewertet und im Anschluss ein Erstattungsbetrag für das Arzneimittel unter Berücksichtigung des Zusatznutzens des Arzneimittels in allen Anwendungsgebieten vereinbart.

In der Regelung des § 35a Absatz 5b Satz 1 wird ergänzt, dass der G-BA den Zeitpunkt für die Pflicht zur Dossiereinreichung auch dann abweichend von § 35a Absatz 1 Satz 3 bestimmen kann, wenn ein Beschluss nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt zu erwarten ist und der pharmazeutische Unternehmer einen Antrag stellt. Dies ermöglicht die Bündelung von mehreren Bewertungsverfahren zu einem Wirkstoff auch für den Fall eines Beschlusses des G-BA zur spezifischen Prophylaxe und trägt damit zur Erhöhung der Verfahrenseffizienz bei.

Zu Nummer 5

Die Regelungskompetenz des G-BA wird um eine Richtlinie zu anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erweitert.

Zu Nummer 6

Mit dem neuen § 130b Absatz 3a Satz 4 wird – im Einklang mit den anderen Fällen des Absatz 3a – geregelt, dass der Erstattungsbetrag ab dem siebten Monat nach dem Beschluss des G-BA zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe gilt, wenn auf dieser Grundlage eine Nutzenbewertung erfolgt und ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart worden ist.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Anpassung von § 20i Absatz 3 und § 23 Absatz 1a SGB V. Eine inhaltliche Anpassung der Regelung erfolgt nicht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Anpassung von § 20i Absatz 3 und § 23 Absatz 1a SGB V. Eine inhaltliche Anpassung der Regelung erfolgt nicht.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuregelung in § 35a Absatz 1 Satz 3 SGB V. Eine Nutzenbewertung für ein Arzneimittel ist auch dann durchzuführen, wenn der G-BA einen Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe gefasst hat. In diesem Fall ist das Dossier innerhalb von vier Wochen nach dem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V einzureichen.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 1d – neu - (§ 24a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Notfallkontrazeptiva für Opfer sexualisierter Gewalt)

Nach Artikel 1 Nummer 1c wird folgende Nummer 1d eingefügt:

,1d. Dem § 24a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch nach Satz 2 besteht ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorliegen.“ ‘

Begründung

Bereits nach geltender Rechtslage haben Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Die Altersbeschränkung entfällt künftig für die Leistung von Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Verdacht auf eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Sinne der §§ 174 ff. des Strafgesetzbuchs besteht.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 1e – neu - (§ 24a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Verhütungsmittel als Satzungsleistungen)

Nach Artikel 1 Nummer 1d – neu – wird folgende Nummer 1e eingefügt:

,1e. Dem § 24a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung abweichende Altersgrenzen für die Versorgung mit Leistungen nach Satz 1 vorsehen.“‘

Begründung

Bereits nach geltender Rechtslage haben Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Die Regelung ermöglicht den Krankenkassen, verschreibungspflichtige Verhütungsmittel als Satzungsleistung auch für Versicherte zu erstatten, die diese Altersgrenze überschritten haben. Damit wird auch der Wettbewerb der Krankenkassen gestärkt. Versicherten mit einem Interesse an dieser Satzungsleistung steht die Wahl einer Krankenkasse mit entsprechendem Angebot frei.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 1f – neu – (§ 24i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 4b – neu – (§ 44a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 4c – neu – (§ 45 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 4d – neu – (§ 47 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 9 (§ 20 Mutterschutzgesetz)

(Doppelbesteuerung von Grenzgängern)

1. Nach Artikel 1 Nummer 1e wird folgende Nummer 1f eingefügt:

,1f. In § 24i wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Bei Personen, deren Ansässigkeitsstaat nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für das Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 verminderte gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen.“ ‘

2. Nach Artikel 1 Nummer 4a wird folgende Nummer 4b eingefügt:

,4b. In § 44a Satz 4 wird die Angabe „§ 47 Absatz 2 bis 4“ durch die Angabe „§ 47 Absatz 2 bis 5“ ersetzt.‘

3. Nach Artikel 1 Nummer 4b wird folgende Nummer 4c eingefügt:

,4c. In § 45 Absatz 2 Satz 5 wird nach der Angabe „47 Absatz 1 Satz 6 bis 8“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „Absatz 4 Satz 3 bis 5“ die Angabe „und Absatz 5“ angefügt.‘

4. Nach Artikel 1 Nummer 4c wird folgende Nummer 4d eingefügt:

,4d. § 47 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Bei Personen, deren Ansässigkeitsstaat nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für das Krankengeld zusteht, ist zur Berechnung des Krankengeldes anstelle des Nettoarbeitsentgelts nach Absatz 1 das Bruttoarbeitsentgelt abzüglich der Beiträge zur Sozialversicherung zugrunde zu legen. Unterliegt das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, ist entsprechend Absatz 1 das Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.“ ‘

5. Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 9 eingefügt:

„Artikel 9 Änderung des Mutterschutzgesetzes

In § 20 des Mutterschutzgesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), das durch Artikel 57

Absatz 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) zuletzt geändert worden ist, wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Bei Personen, deren Ansässigkeitsstaat nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 2 vermindernende gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.“

Begründung

Zu Nummer 1

Als Mutterschaftsgeld wird nach Absatz 2 Satz 1 das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 Mutterschutzgesetz gezahlt. Das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt ist der Betrag, der nach Abzug der Steuern und der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und das bezogene deutsche Mutterschaftsgeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der mutterschaftsgeldbeziehenden Versicherten kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Mutterschaftsgeldes abgesetzt werden und zusätzlich der Wohnsitzstaat dieses netto berechnete deutsche Mutterschaftsgeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des nur um die Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird die Freizügigkeit der Unionsbürger gestärkt. Wenn das aus Deutschland gezahlte Mutterschaftsgeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei der Berücksichtigung aller gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat das deutsche Mutterschaftsgeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird.

Zu Nummer 2

Durch die Ergänzung in Satz 4 wird klargestellt, dass die Anpassung der Berechnungsmethode des Krankengelds für bestimmte Grenzgängerinnen und Grenzgänger nach § 47 Absatz 5 (neu) auch für das Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen gemäß § 44a gilt.

Zu Nummer 3

Durch die Ergänzung in Absatz 2 Satz 5 SGB V wird klargestellt, dass die Anpassung der Berechnungsmethode des Krankengelds für bestimmte Grenzgängerinnen und Grenzgänger nach § 47 Absatz 5 (neu) auch für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 gilt.

Zu Nummer 4

Das Krankengeld beträgt nach Absatz 1 Satz 1 70 von Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und darf 90 von Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen. Das Nettoarbeitsentgelt ist dabei der Betrag des Arbeitsentgelts, der nach Abzug der Steuern und des auf den Arbeitnehmer entfallenden gesetzlichen Anteils der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und das bezogene deutsche Krankengeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der

krankengeldbeziehenden Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Leistungsentgelts abgesetzt werden und zusätzlich der Wohnsitzstaat dieses netto berechnete deutsche Krankengeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Krankengeldes nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des um die auf die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer entfallenden gesetzlichen Anteils der Beiträge zur Sozialversicherung verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Europäischen Union gestärkt. Wenn das aus Deutschland gezahlte Krankengeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei einer Berechnung auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat das deutsche Krankengeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird. Die Regelung gilt entsprechend für das Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, das Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommenen Begleitperson aus dem engsten persönlichen Umfeld und das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel x Nummer 1, die die zum § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommene Ergänzung auch in Bezug auf den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld umsetzt.

Als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld wird nach Absatz 1 Satz 2 der Unterschiedsbetrag zwischen 13 Euro und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung gezahlt. Das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt ist der Betrag, der nach Abzug der Steuern und der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und der von einem deutschen Arbeitgeber zu zahlende Zuschuss zum Mutterschaftsgeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der den Arbeitgeberzuschuss erhaltenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld abgesetzt werden und zusätzlich der Wohnsitzstaat diesen netto berechneten deutschen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des nur um die Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Europäischen Union gestärkt. Wenn der aus Deutschland gezahlte Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei der Berücksichtigung aller gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat der deutsche Zuschuss zum Mutterschaftsgeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 4g – neu - (§ 64b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Verstetigung Modellvorhaben nach § 64b)

Nach Artikel 1 Nummer 4f wird folgende Nummer 4g eingefügt:

4g. § 64b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird aufgehoben.
- b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 2 und 3.'

Begründung

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V bestehen seit 2013. Sie sind auf die sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung ausgerichtet, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V durchgeführt werden. Durch die Streichung der Vorgabe, diese im Regelfall auf längstens 15 Jahre zu befristen, können auf regionaler Ebene bedarfsgerechte Versorgungskonzepte zur Versorgung psychisch kranker Menschen ohne zeitliche Befristung ermöglicht werden. Damit können bestehende Modellvorhaben nach § 64b SGB V ohne zeitliche Befristung weitergeführt werden. Dabei bleibt die Möglichkeit bestehen, weitere Modellvorhaben nach § 64b SGB V und die damit verbundenen sogenannten Regional- bzw. Globalbudgets zu vereinbaren.

Verschiedene Evaluationsansätze geben Hinweise darauf, dass die Behandlung im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V zu einer Reduktion der vollstationären Betten sowie von voll- und teilstationären Behandlungstagen beitragen kann. Um die gegenwärtige Evaluation gemäß § 65 SGB V ordnungsgemäß abschließen und belastbare Erkenntnisse generieren zu können, sollen die Modellvorhaben nach § 64b SGB V weiterhin wissenschaftlich begleitet werden. Daher bleibt die Verpflichtung der Krankenkassen oder ihrer Verbände gemäß § 65 SGB V unberührt, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel Nummer 4h - neu - (§ 65d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Behandlung pädophile Sexualstörungen)

Nach Artikel 1 Nummer 4g wird folgende Nummer 4h eingefügt:

„4h. In § 65d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.“

Begründung

Mit der Änderung wird die Förderdauer der Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, um zwei Jahre verlängert.

Bei der Förderung besonderer Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen handelt es sich um ein hochspezialisiertes Therapieangebot mit vergleichsweise geringen Patientenzahlen und spezifischen Anforderungen an Therapie, Qualitätsmanagement und begleitende Evaluierung. Der hohe Spezialisierungsgrad rechtfertigt eine ausnahmsweise Abweichung von der im Regelfall begrenzten Höchstdauer von acht Jahren für Modellvorhaben (§ 63 Absatz 5 Satz 1). Die Verlängerung der Förderdauer um zwei Jahre soll den Abschluss der laufenden Evaluierung der Modellvorhaben ermöglichen. Erste Zwischenergebnisse der Evaluierung deuten auf positive Effekte der Modellvorhaben hin, sind aber für eine fundierte Beurteilung noch nicht ausreichend. Die abschließenden Evaluationsergebnisse werden benötigt, um auf einer validen Datengrundlage die Frage der Übernahme in die Regelversorgung zu diskutieren.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 5 – neu – (§ 81 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 11 – neu – (§ 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Gesetzliche Klarstellungen zu im vertragsärztlichen Notdienst tätigen Ärzten)

1. Nach Artikel 1 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. Dem § 81 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“ ‘

2. Nach Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

„c). In § 95 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Tätigkeiten im Notdienst, zu denen der Vertragsarzt aufgrund seiner Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich der Haupttätigkeit zuzuordnen.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Gemäß § 75 Absatz 1b Satz 1 umfasst der **Sicherstellungsauftrag** der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die **vertragsärztliche Versorgung im Notdienst**. Schon nach aktueller Rechtslage ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich, den **vertragsärztlichen Notdienst** über einfaches Satzungsrecht auszugestalten. Von dieser Option haben auch **zahlreiche Kassenärztliche Vereinigungen** Gebrauch gemacht. Die explizite Ergänzung einer entsprechenden Regelung zum **vertragsärztlichen Notdienst** erfolgt insoweit **klarstellend** vor dem Hintergrund der gewachsenen Bedeutung des **vertragsärztlichen Notdienstes**.

Ebenfalls **klarstellend** erfolgt die Aufnahme der Regelungsbefugnis hinsichtlich sogenannter **Sicherstellungspauschalen**. Diese können in der Satzung bei Bedarf festgelegt werden, um beispielsweise in strukturschwachen Regionen eine flächendeckende und kontinuierliche Dienstbesetzung im **vertragsärztlichen Notdienst** **sicherzustellen**. Die **Sicherstellungspauschale** wird den Ärztinnen und Ärzten **unabhängig von der Vergütung** für die konkret geleisteten Dienste für einen bestimmten Zeitraum **gewährt, in dem sich diese zur Teilnahme an der Sicherstellung des vertragsärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen bereithalten**.

Die Regelungen gelten sowohl im Hinblick auf die jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die entsprechend der Regelung des § 75 Abs. 1b Satz 5 (nach Inkrafttreten der Notfallreform § 75 Abs. 1b Satz 9) freiwillig am Notdienst teilnehmen und somit wesentlich zu dessen Sicherstellung beitragen.

Zu Nummer 2

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme an der **vertragsärztlichen Versorgung** im Umfang ihres aus der Zulassung folgenden **Versorgungsauftrags** verpflichtet. Diese Verpflichtung umfasst grundsätzlich auch die Teilnahme an dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten **vertragsärztlichen Notdienst**. Die Regelung stellt entsprechend klar, dass die Tätigkeit im **vertragsärztlichen Notdienst**, zu denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund

ihrer Zulassung verpflichtet sind, einen bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit in der Arztpraxis bzw. im medizinischen Versorgungszentrum darstellt und deshalb in ihrer sozialversicherungsrechtlichen Bewertung auch dieser Haupttätigkeit folgt. Tätigkeiten im vertragsärztlichen Notdienst, die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der aus ihrer Zulassung folgenden Verpflichtung oder von anderen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, bleiben hiervon unberührt.

Table Briefings

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 87 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Zusatzvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen aufgrund von Kooperationsverträgen, die im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches stehen)

Artikel 1 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

- ,1 Nach Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:
 - c. In Absatz 2j Satz 1 werden nach der Angabe „§ 119b Absatz 1“ die Wörter „oder § 119b Absatz 1a“ eingefügt.
2. Die Buchstaben c und d werden d und e.‘

Begründung

Um für Zahnärzte Anreize zu schaffen, Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen zu schließen und in deren Rahmen Hausbesuche bei den Bewohnerinnen und Bewohnern durchzuführen, wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 bestimmt, dass für Leistungen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbracht werden, im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine zusätzliche Vergütung vorzusehen ist. Diese Vorgabe ist mit Einfügung einer Zuschlagsgebühr für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages durch Beschluss des Bewertungsausschusses Zahnärzte mit Wirkung ab dem 1. April 2014 umgesetzt worden. Weil mit der in diesem Gesetz vorgenommen Änderung des § 119b auch Leistungserbringern der Eingliederungshilfe, die in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Leistungen erbringen (ehemalige stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe) vorgegeben wird, bei Bedarf entsprechende Verträge zu schließen, ist die Abrechnung der Zuschlagsgebühr auch für Leistungen im Rahmen dieser Verträge zu ermöglichen.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 87a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(MGV-Bereinigung)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a wird folgender Doppelbuchstabe cc eingefügt:

,cc) Folgender Sätze werden angefügt:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 1. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] in jedem Quartal die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die Veränderung des Punktzahlvolumens der in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannten Leistungen gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2022 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung nach Satz 21 bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 1. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].“

Begründung

Mit dem GKV-FinStG wurden zum 1. Januar 2023 die Zahlung extrabudgetärer Zuschläge für extrabudgetär vergütete zeitnahe fachärztliche Behandlungen auf die Vermittlung durch Hausärztinnen und Hausärzte ausgeweitet. Zudem wurden die Zuschläge von zeitnahen Behandlungen, die nach vorheriger Terminvermittlung stattfinden, deutlich angehoben. Dadurch wurden starke Anreize gesetzt, extra-budgetäre Vergütungen über Vermittlungen zu generieren. In der Folge ist die Anzahl extrabudgetär abrechenbarer Behandlungen seit dem 1. Januar 2023 deutlich angestiegen, insbesondere bei den durch Hausärztinnen und Hausärzten vermittelten Fällen. Ohne eine weitere gesetzliche Regelung kommt es vor dem Hintergrund hoher Wachstumsraten zu zusätzlichen Ausgaben, wovon der größte Teil auf die extrabudgetären Vergütungen der Behandlungsfälle nach Vermittlungen entfällt, mithin auf Leistungen, die bereits in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert wurden. Mangels Bereinigung handelt es sich dabei um eine unzulässige Doppelfinanzierung, die durch die vorliegende Regelung beendet wird. Unberührt von der Regelung für eine Bereinigung bleiben die extrabudgetären Zuschläge, die bei einer zeitnahen Behandlung nach einer Vermittlung an die Ärztinnen und Ärzte gezahlt werden sowie der sogenannte Ausdeckelungsgewinn der extrabudgetären Vergütung der Vermittlungsfälle, da die Auszahlungsquote mindernd berücksichtigt wird.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 14a – neu - (§ 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Abbau von Barrieren in der Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen)

Nach Artikel 1 Nummer 14 wird folgende Nummer 14a eingefügt:

„14a. § 111 Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

1. In Ziffer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
2. In Ziffer 3 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
3. Nach Ziffer 3 wird folgende Ziffer eingefügt:

„4. Anforderungen an eine barrierefreie Ausgestaltung von Rehabilitationseinrichtungen.“ ‘

Begründung

Die Regelung dient dem Abbau von Barrieren bei der Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen.

Insbesondere für Menschen mit motorischen, sensorischen, psychischen oder mit kognitiven Beeinträchtigungen ist eine barrierefreie Ausgestaltung der Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen von besonderer Bedeutung, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Deshalb sollen die Rahmenempfehlungspartner gemeinsame Empfehlungen erarbeiten, die die Voraussetzungen für barrierefreie Rehabilitationseinrichtungen beispielsweise in räumlicher und baulicher Hinsicht einschließlich der zum Einsatz kommenden Hilfsmittel und therapeutischen Geräte beschreiben.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu - (§ 119b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Kooperationsverträge, die im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches stehen)

Nach Artikel 1 Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:

,16a. § 119b wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 119b

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen und bei der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe“

2. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches erbracht, haben die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Absatz 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Absatz 1 Sätze 2 bis 8 gelten sinngemäß; die vorzunehmende Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung in den Räumlichkeiten nach Satz 1 mit angestellten Zahnärzten bezieht sich auf Zahnärzte, die in das Arztregister eingetragen sind.“

3. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Die Vertragsparteien der Verträge nach § 87 Absatz 1 vereinbaren spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 13. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Menschen mit Behinderungen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Zusammenarbeit zwischen zahnärztlichen Leistungserbringern und Erbringern von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches.“

4. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „und Absatz 1a“ eingefügt und wird der Punkt am Ende durch die Wörter „bei der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 13 des Elften Buches.“ ersetzt.

b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, hinsichtlich der Auswirkungen in stationären Pflegeeinrichtungen erstmals bis zum 30.

Juni 2019 und ab dem Bericht im Jahr 2025 bis zum 30. September, hinsichtlich der Auswirkungen bei der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches erstmals bis zum 30. September 2026.“

Begründung

Zu den Nummern 1 bis 4

Durch die Regelung wird bei Bedarf auch der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Erbringern von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 und Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten vorgesehen. Durch diese soll die Mundgesundheit der Versicherten in den genannten Räumlichkeiten durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen, die Durchführung von Prophylaxeleistungen und durch einfache Behandlungen erhalten und verbessert werden. Darüber hinaus zielen die Kooperationsverträge auf eine enge Koordinierung und einen besseren Informationsaustausch der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und sonstigen an der Versorgung der Versicherten beteiligten Berufsgruppen ab.

Als Kooperationspartner wird auf die Erbringer von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 abgestellt, da mit der Einführung des Teils 2 des SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben worden ist; bei den in Rede stehenden Räumlichkeiten handelt es sich um (ehemalige) stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, bei denen die Versorgung durch die Leistungserbringer (im Rahmen einer Gesamtbetrachtung) umfassend organisiert wird.

Hintergrund für die Einbeziehung der genannten Räumlichkeiten in § 119b SGB V ist, dass sich deutliche Defizite in der Mundgesundheit auch bei den in diesen Räumlichkeiten wohnenden Personen zeigen. Viele dieser Menschen sind aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen nicht in der Lage, die notwendige tägliche Mundhygiene eigenständig durchzuführen oder regelmäßige Zahnarztbesuche wahrzunehmen. Sie sind daher auf zahnärztliche Versorgungsstrukturen angewiesen, die auf ihre spezifischen Bedarfe, wie die regelmäßige aufsuchende zahnmedizinische Betreuung und die enge Kooperation zwischen den Vertragspartnern des Kooperationsvertrags, angepasst sind. Die gesetzlichen Regelungen zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen werden in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung nun auf die genannten Räumlichkeiten ausgeweitet, da der weit überwiegende Teil der Menschen mit Behinderung nicht in stationären Pflegeeinrichtungen lebt.

Die Erbringer von Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 sind künftig verpflichtet einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern zu schließen.

Dabei gelten für die Anforderungen an die Versorgung die für die Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern geltenden Vorgaben sinngemäß. Eine Evaluation der mit den geschlossenen Verträgen verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung und eine Berichtspflicht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Ergebnisse ist ebenfalls im Abstand von drei Jahren, erstmals zum 30. September 2026 vorgegeben.

Darüber hinaus wird das Fälligkeitsdatum des Berichts des GKV-Spitzenverbands und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung an die Bundesregierung über die Ergebnisse der Evaluation der Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 30. September, beginnend ab dem Berichtsjahr 2025, verlängert. So wird sichergestellt, dass die aktuellsten Daten und Informationen für die Evaluation und den entsprechenden Ergebnisbericht genutzt werden können und so die Aussagekraft erhöht.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 21a - neu - (§ 140c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Sprachmittlung)

Nach Artikel 1 Nummer 21 wird folgende Nummer 21a eingefügt:

,21a. Nach § 140b wird folgender § 140c eingefügt:

„§ 140c Sprachmittlung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit geeigneten Anbietern Verträge über die Bereitstellung von Leistungen der Sprachmittlung, die telefonisch oder videotelefonisch erbracht werden können. Er veröffentlicht eine Liste der Anbieter nach Satz 1 auf seiner Internet-seite. Leistungserbringer nach diesem Kapitel sind berechtigt, bei der Erbringung von Leistungen nach dem Dritten Kapitel auf die Leistungen nach Satz 1 zuzugreifen, soweit der Versicherte ein-gewilligt hat.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 sind auch Regelungen über die bei der Videotelefonie zu ver-wendenden technischen Verfahren sowie zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Daten-sicherheit nach dem Stand der Technik zu treffen. In den Verträgen kann die Verwendung von Verfahren vorge-sehen werden, die die nach § 365 Absatz 1 SGB V festgelegten Anforderungen erfüllen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung der Nut-zung von Sprachmittlung nach Absatz 1 zu veranlassen. Er legt dem Bundesministerium für Ge-sundheit bis zum 31. Dezember 2028 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluierung vor.

(4) Die Finanzierung der Leistungen nach Absatz 1 und der Evaluierung nach Absatz 3 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. Das Nähere zur Umlage bestimmt der Spitzen-verband Bund der Krankenkassen.“

Begründung

Absatz 1 regelt das Verfahren zur Verankerung von Sprachmittlung im SGB V. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird beauftragt, mit geeigneten Diensten Verträge über die Bereit-stellung von Leistungen der Sprachmittlung abzuschließen. Die Leistungen der Sprachmittlung müssen dabei ein Angebot sowohl für eine telefonische als auch für eine videotelefonische Inanspruchnahme umfas-sen. Der Zugriff auf die Dienste der Sprachmittlung erfolgt über die Leistungserbringer nach diesem Kapitel, die das Angebot nutzen können, wenn es nach ihrer Ein-schätzung für die Erbringung einer Leistung nach dem Dritten Kapitel erforderlich ist.

Im Rahmen der Sprachmittlung sowie bei der Durchführung der Videotelefonie werden Gesundheits-daten verarbeitet. Nach Absatz 2 ist dafür Sorge zu tragen, dass die gesetzlichen Anforderungen an den Datenschutz erfüllt werden und die eingesetzten technischen Verfahren die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Dazu sind in den Verträgen nach Absatz 1 Regelungen zu treffen. Um zusätzliche Prüfaufwände hinsichtlich der Sicherheit eingesetzter technischer Verfahren zu vermei-den, können die Vertragspartner vorsehen, dass zur Durchführung der Videotelefonie technische Ver-fahren zum Einsatz kommen, die die Anforderungen er-füllen, die an die im Rahmen der Videosprech-stunde eingesetzten Videodienste gestellt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung prüft die entsprechenden Dienste und veröffentlicht die Anwendungen, die technisch und rechtlich unbedenk-lich sind, in einer Liste auf ihrer Internetseite. Die Möglichkeit der Nutzung entsprechender

Videodienste schließt die Nutzung anderer sicherer Kommunikationsverfahren einschließlich von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nicht aus.

Absatz 3 regelt die Evaluierung des Angebots der Sprachmittlung nach Absatz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine begleitende Evaluierung nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Darin kann beispielsweise die Wirkung des Angebots der Sprachmittlung auf die Versorgungsqualität, die Patientenzufriedenheit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung untersucht werden. Auch Möglichkeiten und Grenzen einer rein telefon- und videobasierten Sprachmittlung sollen Gegenstand der Evaluierung sein. Hier soll u.a. auch die Frage erörtert werden, in welchen Teilbereichen, wie z.B. in der Versorgung von psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten, ggf. eine persönliche Vor-Ort-Dolmetschung erforderlich sein könnte.

Absatz 4 regelt die Finanzierung des Angebots der Sprachmittlung nach Absatz 1 sowie der Evaluierung nach Absatz 3.

Table Briefings

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 1 Nummer 28a - neu - (§ 362 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 17 – neu (§ 192 Versicherungsvertragsgesetz)

(Verarbeitung/Beantragung Krankenversichertennummer durch private Krankenversicherungsunternehmen)

1. Nach Artikel 1 Nummer 28 wird folgende Nummer 28a eingefügt:

„28a. In § 362 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.“
2. Nach Artikel 15 wird folgender Artikel 16 eingefügt:

„Artikel 16 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 11. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 354) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 192 Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) In den Fällen einer Krankheitskostenversicherung nach § 193 Absatz 3 ist der Versicherer verpflichtet, für die versicherte Person die Vergabe des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Versicherungsbeginn zu beantragen. § 290 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 4 sowie § 362 Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Abweichend von Satz 1 hat der Versicherer die Verpflichtung nach Satz 1 für die bei ihm am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 18] versicherten Personen spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Monats] zu erfüllen.“

Begründung

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 362 Absatz 2 SGB V geführten Registers.

Zu Nummer 2

Die Änderung stellt klar, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen unmittelbar zur Vergabe der Krankenversichertennummer an ihre Versicherten verpflichtet sind. Die Krankenversichertennummer ist für sämtliche Versicherte zu vergeben.

Der Versicherer wendet sich dazu mit den erforderlichen Angaben an die Vertrauensstelle nach § 290 SGB V. Diese vergibt die Versichertennummer entsprechend den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 SGB V (§ 362 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

Mit Satz 3 wird ein verbindliches Datum festgelegt, bis zu dem die Beantragung der Vergabe der Krankenversichertennummer an die Bestandsversicherten abgeschlossen sein muss.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Versicherten erfolgt auf der Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe c und des Artikels 9 Absatz 2 Buchstaben b und i Datenschutz-Grundverordnung zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht der Krankenversicherungsträger und aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Durch die Vergabe der KVNR wird ein hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandard bei Medizinprodukten durch Teilnahme an Registern oder durch Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) zur Bereitstellung digitaler Angebote im Gesundheitswesen, insbesondere der Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V, gewährleistet. Auf die Einwilligung der betroffenen Personen zur Vergabe der KVNR kommt es insoweit nicht an.

Die Krankenversichertennummer kann gemäß § 362 Absatz 2 Satz 1 SGB V von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen umfassend für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten zur Verarbeitung von Daten in Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V genutzt werden.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 11 – neu - (Inhaltsübersicht § 25, §§ 2, 9, 12, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 32, 34, 37 Implantateregistergesetz)

Zu Artikel 12 - neu - (Inhaltsübersicht zu §§ 2, 18, §§ 2, 18 Implantateregister-Betriebsverordnung)

Zu Artikel 13 – neu - (§ 3 Implantateregister-Gebührenverordnung)

(Implantateregistergesetz und Folgeänderungen)

1. Nach Artikel 10 wird folgender Artikel 11 eingefügt:

„Artikel 11 Änderung des Implantateregistergesetzes

Das Implantateregistergesetz vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 25 wie folgt gefasst:

„§ 25 Informationspflicht gegenüber den Krankenversicherungsträgern“.

- b. § 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Der Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

- aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. „Implantat“ ein implantierbares Medizinprodukt eines in der Anlage aufgeführten Implantattyps; als Implantat gilt auch ein aus menschlichem Gewebe oder menschlichen Zellen hergestelltes Arzneimittel eines in der Anlage aufgeführten Implantattyps,“.

- bbb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. „Produktverantwortlicher“

- a) den Hersteller,
- b) in den Fällen des Artikels 11 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 den Bevollmächtigten des Herstellers oder
- c) bei Produkten, die sich in der klinischen Prüfung befinden, den Sponsor der klinischen Prüfung,“.

- ccc) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

- ddd) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. „Krankenversicherungsträger“ die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger.“

- bb) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Bei belegärztlicher Behandlung ist das Krankenhaus, in dem die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wird, verantwortliche Gesundheitseinrichtung nach diesem Gesetz und den nach diesem Gesetz erlassenen Verordnungen.“

c. § 9 wird wie folgt geändert:

- aa) In Absatz 2 werden die Wörter „der einheitlichen Krankenversichertennummer nach § 290 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer anderen eindeutigen und unveränderbaren Identifikationsnummer“ durch die Wörter „des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder der Identifikationsnummer nach § 17 Absatz 4 Satz 3“ ersetzt.
- bb) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 2 werden die Wörter „jeweils bei der gesetzlichen Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „jeweils beim Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 4 werden die Wörter „der gesetzlichen Krankenkasse, des privaten Krankenversicherungsunternehmens oder des sonstigen Kostenträgers“ durch die Wörter „des Krankenversicherungsträgers“ ersetzt.

d. § 12 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 9 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- bb) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 eingefügt:

„10. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und“.
- cc) Die bisherige Nummer 10 wird Nummer 11.

e. § 17 wird wie folgt geändert:

- aa) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Die Nummern 2 und 3 werden aufgehoben.
 - bbb) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 2 und 3.
- bb) In Absatz 2 werden in dem Satzteil vor Nummer 1 die Wörter „Die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „Die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
- cc) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Gesundheitseinrichtungen, die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „Gesundheitseinrichtungen und die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.

f. In § 18 werden die Wörter „Gesundheitseinrichtungen, die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „Gesundheitseinrichtungen und die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.

g. § 21 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 3 Buchstabe b wird nach dem Wort „Widerspruch“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.
- bb) In Nummer 4 wird das Wort „, und“ durch einen Punkt ersetzt.
- cc) Nummer 5 wird aufgehoben.
- h. In § 22 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 bis“ durch die Wörter „Absatz 3 und“.
- i. In § 24 Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „schriftliche oder elektronische“ gestrichen und werden vor den Wörtern „zur Verfügung“ die Wörter „in Textform“ eingefügt.
- j. § 25 wird wie folgt gefasst:

„§ 25

Informationspflicht gegenüber den Krankenversicherungsträgern

Die verantwortliche Gesundheitseinrichtung, die eine implantatbezogene Maßnahme durchgeführt hat, informiert den Krankenversicherungsträger der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten unter Verwendung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder der Identifikationsnummer nach § 17 Absatz 4 Satz 3 über die Durchführung dieser Maßnahme.“

- k. In § 32 Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „die gesetzliche Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder den sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „den Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
 - l. In § 34 Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 21“ durch die Angabe „Absatz 2m“ ersetzt.
 - m. In § 37 Nummer 1 werden die Wörter „die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
2. Nach Artikel 11 wird folgender Artikel 12 eingefügt:

„Artikel 12

Änderung der Implantateregister-Betriebsverordnung

Die Implantateregister-Betriebsverordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4344), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 14. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 370) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Angabe zu § 2 wird das Wort „Kostenträger“ durch das Wort „Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
 - bb) In der Angabe zu § 18 werden die Wörter „Krankenkassen, privaten Krankenversicherungsunternehmen und sonstigen Kostenträger“ durch das Wort „Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
- b. § 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Überschrift wird das Wort „Kostenträger“ durch das Wort „Krankenversicherungsträger“ ersetzt.

bb) In Absatz 2 werden die Wörter „Die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „Die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.

c. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „die Krankenkassen, privaten Krankenversicherungsunternehmen und sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 werden die Wörter „Die gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungsunternehmen und sonstigen Kostenträger“ durch die Wörter „Die Krankenversicherungsträger“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „den gesetzlichen Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungsunternehmen und den sonstigen Kostenträgern“ durch die Wörter „den Krankenversicherungsträgern“ ersetzt.

3. Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 13 eingefügt:

„Artikel 13 Änderung der Implantateregister-Gebührenverordnung“

§ 3 der Implantateregister-Gebührenverordnung vom 14. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 370) wird wie folgt geändert:

- a. In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „von dem Produktverantwortlichen“ eingefügt.
- b. Absatz 2 wird aufgehoben.
- c. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

Begründung

Allgemeines

Bei der Vorbereitung der weiteren Schritte zum Aufbau des IRD zeigte sich, dass punktuelle Änderungen des Gesetzes notwendig sind. Im Einzelnen:

- Es ist nicht ganz klar, ob nach den bestehenden Regelungen auch Transplantate aus menschlichem Gewebe im Register erfasst werden können.
- Der Kreis der Produktverantwortlichen ist zu weit gefasst.
- Die Strukturen der auf diesen Gebieten bestehenden Implantateregister, deren Daten in das IRD übernommen werden sollen, genügen in einzelnen Aspekten nicht den Voraussetzungen des § 21 IRegG.

Der Regelungsvorschlag sieht daher Ergänzungen der Begrifflichkeiten und eine datenschutzkonforme Lockerung der einschränkenden Voraussetzungen für die Übernahme der Daten aus Altregistern vor.

Zu den Einzelschriften

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird klargestellt, dass auch ein aus menschlichem Gewebe oder menschlichen Zellen hergestelltes Arzneimittel eines in der Anlage aufgeführten Implantattyps von den Vorschriften des Implantateregistergesetzes erfasst wird. In der Begriffsdefinition „Medizinprodukt“ in Artikel 2

Nummer 1 Verordnung (EU) 2017/745 sind u.a. Implantate zur Veränderung des pathologischen Zustands als Unterfall aufgeführt. Gleichzeitig gilt die Verordnung (EU) 2017/745 nach ihrem Artikel 1 Absatz 6 Buchstaben b, c und g nicht für Arzneimittel im Sinne des Artikels 1 Nummer 2 der Richtlinie 2001/83/EG, für Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 sowie für Gewebe und Zellen menschlichen Ursprungs und ihre Derivate, die unter die Richtlinie 2004/23/EG fallen. Demnach wären die im Anhang als Implantattyp aufgeführten Herzklappen, wenn sie aus menschlichem Gewebe oder menschlichen Zellen hergestellt sind, nicht als Medizinprodukt und somit auch nicht als Implantat zu klassifizieren. Gleiches trifft auf Implantate zu, die aus menschlichem Gewebe oder Zellen als Arzneimittel für neuartige Therapien hergestellt werden. Durch die Änderung wird sichergestellt, dass auch diese Produkte im Implantateregister erfasst werden können. Damit wird ermöglicht, auch Informationen über die Qualität von Implantaten aus menschlichem Gewebe oder menschlichen Zellen im Vergleich zu entsprechenden künstlich hergestellten Implantaten sowie über die Qualität der medizinischen Versorgung mit ihnen in den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen zu gewinnen.

Der Begriff „Wirtschaftsakteur“ wird enger auf den Hersteller bzw., wenn dieser nicht in der Europäischen Union niedergelassen ist, dessen Bevollmächtigten oder den Sponsor einer klinischen Prüfung begrenzt. Nicht mehr erfasst sind Importeure, Händler und Personen, die Produkte kombinieren, um sie als Systeme oder Behandlungseinheiten in Verkehr zu bringen. Die Beschränkung betrifft vor allem die Verpflichtung gemäß § 15 IRegG, Daten in die Produktdatenbank einzugeben. Damit soll sichergestellt werden, dass nur eine verantwortliche Rechtsperson Daten zu einem Produkt eingeben kann. Die Neuregelung reflektiert damit die umfassende Verantwortung des Herstellers, die dem Hersteller beim Inverkehrbringen seines Produkts nach Artikel 10 der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte zukommt.

Als Konsequenz betrifft die Änderung insbesondere die Teilnahme an Sitzungen einer Auswertungsgruppe, deren Gegenstand die Interpretation und Bewertung der statistischen Auswertung zu einem Implantat des Produktverantwortlichen ist (§ 10 Absatz 3 Nummer 1 IRegG) und die Verpflichtung, durch Gebühren zur Finanzierung des Implantateregisters beizutragen (§ 33 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 IRegG).

Zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes wird ein neuer Sammelbegriff „Krankenversicherungsträger“ für die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die sonstigen Kostenträger eingeführt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird klargestellt, dass bei belegärztlicher Behandlung das Krankenhaus und nicht die Belegärztin oder der Belegarzt als verantwortliche Gesundheitseinrichtung nach dem Implantateregistergesetz berechtigt und verpflichtet ist. Dies gilt sowohl bei vertragsärztlicher als auch bei privatärztlicher Versorgung.

Danach ist das Krankenhaus insbesondere zur Meldung an die Registerstelle (§ 16 IRegG) und die Vertrauensstelle (§ 17 Absatz 1 IRegG) und zur Information gegenüber dem Krankenversicherungsträger (§ 25 IRegG), zur Übergabe der Informationen nach § 7 Absatz 4 IRegG an die Patientin oder den Patienten und für das zur Verfügung Stellen einer Kopie der an das Implantateregister gemeldeten Daten (§ 24 IRegG) sowie zur Zahlung der Gebühren nach § 2 IRegGebV verpflichtet. Dementsprechend treffen auch die Nachweispflicht nach § 36 IRegG und die Vergütungssanktion nach § 35 IRegG das Krankenhaus. Dafür erhält das Krankenhaus die Vergütung des Aufwandes der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung. Die erhobenen Informationen über die Qualität der erbrachten implantationsmedizinischen Leistungen werden dem Krankenhaus und nicht der einzelnen Belegärztin oder dem einzelnen Belegarzt zugeordnet.

Über die Mitwirkung bei der Wahrnehmung der Pflichten der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung, eine eventuelle Beteiligung an der dafür erhaltenen Vergütung und eine mögliche Regressnahme bei einer Verletzung der Pflichten nach dem Implantateregistergesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen müssen das Krankenhaus und die Belegärztin oder der Belegarzt sich im Innenverhältnis vereinbaren.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Anpassung an den durch Artikel 4 des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geänderten Wortlaut des § 17 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 IRegG.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

Zu Buchstabe d

Durch die Änderung wird die Expertise des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das nach § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bereits in den Auswertungsgruppen vertreten sein soll, auch für den Beirat, insbesondere im Hinblick auf dessen Aufgaben zur Unterstützung der Registerstelle nach § 13 Absatz 1 IRegG, nutzbar gemacht.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelung des § 17 Absatz 1 IRegG hat sich die Angabe des Geburtsdatums für die Datenverarbeitung in der Vertrauensstelle als entbehrlich gezeigt. Das Merkmal wurde daher in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 IRegBV nicht übernommen. Anstelle der Übermittlung des internen Kennzeichens der Gesundheitseinrichtung für die Behandlung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten sieht § 15 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c IRegBV die Übermittlung eines internen Kennzeichens des gemeldeten Datensatzes vor, das eigens für die Meldung gebildet wird und keinen Rückschluss auf patienten- oder fallbezogene Daten zulässt. Diese Entscheidungen werden nun im Gesetz nachgeführt, um die Regelung noch datenschutzfreundlicher zu machen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

Zu Buchstabe g

Durch die bisher in § 21 Absatz 2 Nummer 5 geregelte Voraussetzung für die Übernahme von Daten aus bestehenden Implantateregistern in das IRD, dass sichergestellt sein muss, dass die personen- und fallidentifizierenden Daten der betroffenen Patientinnen und Patienten auf der Grundlage der einheitlichen Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V oder einer anderen eindeutigen und unveränderbaren Identifikationsnummer pseudonymisiert werden können, soll erreicht werden, dass die Pseudonyme in der Vertrauensstelle des IRD nach den gleichen Grundsätzen gebildet werden können, wie bei der unmittelbaren Datenlieferung durch die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen nach § 17 IRegG. Damit kann die Registerstelle des IRD die übernommenen Registerdaten mit dem eigenen Datenbestand verknüpfen und für die Zwecke des Registers uneingeschränkt verwenden. Vereinzelt nutzen die bestehenden Implantateregister jedoch nicht die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V zur Pseudonymisierung der Patientendaten, sondern zum Beispiel eine generische Nummer, die außerhalb des Registers keinen Rückschluss auf die betroffene Person zulässt. Eine Verknüpfung mit den Daten des IRD ist von daher nicht möglich. Die Übernahme dieser Daten durch das IRD wäre nach der bestehenden Regelung unzulässig. Gleichwohl besteht auch für diese Daten ein Interesse an der Übernahme durch das IRD, um die aufgebauten Datenbestände der bestehenden Register, die zumeist nur als Forschungsprojekt finanziert sind, und den Zugang der Fachwelt zu diesen Daten nach Maßgabe der §§ 27 bis 31 IRegG unter dem institutionellen Dach des IRD langfristig zu sichern.

Die anderen Voraussetzungen für die Datenübernahme, namentlich das Widerspruchsrecht der betroffenen Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 IRegG, die Informationspflicht nach § 21 Absatz 2 Nummer 3 IRegG, die Löschpflichten nach § 21 Absatz 2 Nummer 4 und § 22 Absatz 1 Satz 1 IRegG sowie die Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die

Informationsfreiheit und des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik nach § 22 Absatz 4 IRegG, bleiben auch für diese Fälle erhalten. Das Recht der Registerstelle, die vom bestehenden Register übermittelten Daten mit dem eigenen Datenbestand zusammenzuführen (§ 21 Absatz 2 IRegG) läuft insoweit leer. Die datenschutzrechtlichen Probleme sind in diesen Fällen mangels der Verknüpfbarkeit der Daten von eher geringerem Gewicht.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 7. Damit kann die Pseudonymisierung der vom bestehenden Register übernommenen Daten auch auf einer anderen Grundlage als auf der des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V oder der Identifikationsnummer nach § 17 Absatz 4 Satz 3 IRegG erfolgen. Eine Verknüpfung der übernommenen Daten mit dem eigenen Datenbestand des IRD ist aber tatsächlich nur auf der Grundlage der genannten Vorschriften möglich.

Auch bei der Pseudonymisierung auf einer anderen Grundlage muss das Verfahren eine widerrechtliche Identifizierung der betroffenen Patientinnen und Patienten nach dem jeweiligen Stand der Technik ausschließen (§ 9 Absatz 3 Satz 1 IRegG). Es wird im Einvernehmen mit dem BfDI und dem BSI festgelegt (§ 9 Absatz 3 Satz 2, § 22 Absatz 4 IRegG).

Zu Buchstabe i

Die Änderung dient der Verdeutlichung, dass die zur Verfügung zu stellende Kopie nicht den Erfordernissen der Schriftform oder der elektronischen Form zu entsprechen braucht.

Zu Buchstabe j

Zum einen handelt es sich um Folgeänderungen zu Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd. Zum anderen wird klargestellt, dass die Übermittlung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V oder der Identifikationsnummer nach § 17 Absatz 4 Satz 3 IRegG wesentliches Element der Unterrichtung des Kostenträgers der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten über die Durchführung der implantatbezogenen Maßnahme ist, weil sie gemäß § 17 Absatz 3 Satz 1 IRegG den Übermittlungen der Kostenträger an die Vertrauensstelle zu Grunde liegt.

Zu Buchstabe k

Folgeänderung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe l

Berichtigung des fehlerhaften Verweises.

Zu Buchstabe m

Folgeänderung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 2

Folgeänderungen zu Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 3

Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 15 – neu – (§§ 6, 15 Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Artikel 16 – neu – (§§ 6, 15 Bundespflegesatzverordnung=

(Durchschlagen der Wirkung eines nach § 130b SGB V für Arzneimittel geltenden Erstattungsbetrags auf krankenhausindividuelle Entgelte und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

1. Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 15 eingefügt:

„Artikel 15 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) § 6 wird wie folgt geändert:

- aa) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“

- bb) Absatz 2 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“

- b) § 15 wird wie folgt geändert:

- aa) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrags ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 2 geltendes Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben.“

- bb) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Satz 3 werden die Wörter „oder für die aufgrund eines nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Erstattungsbetrags für ein Vereinbarungsjahr eine abweichende unterjährige Höhe vereinbart wurde“ gestrichen.

bbb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Sätze 1 und 2 sind auch auf Entgelte anzuwenden, für die die in § 6 Absatz 1 Satz 3 oder Absatz 2 Satz 11 genannten Maßgaben gelten, wobei im Rahmen der Ausgleichsberechnung das jeweils geltende Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn angesetzt wird; dies gilt bis zur erstmaligen Vereinbarung oder Festsetzung eines Entgelts unter den in § 6 Absatz 1 Satz 3 oder Absatz 2 Satz 11 genannten Vorgaben.“

2. Nach Artikel 15 wird folgender Artikel 16 eingefügt:

„Artikel 16 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) § 6 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“

bb) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 bis 10 des Krankenhausentgeltgesetzes“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 bis 11 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

b) § 15 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrags ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 4 geltendes Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben.“

bb) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 sind auch auf Entgelte anzuwenden, für die die in § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Maßgaben gelten, wobei im Rahmen der Ausgleichsberechnung das jeweils geltende Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn angesetzt wird; dies gilt bis zur erstmaligen Vereinbarung oder Festsetzung eines Entgelts unter den in § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Vorgaben.“

Begründung
Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe bb

Nach § 130b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 SGB V mit Wirkung für alle Krankenkassen Erstattungsbeträge für Arzneimittel, die mit diesem Beschluss keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. Ein von den Vertragsparteien vereinbarter oder von der Schiedsstelle festgesetzter Erstattungsbetrag gilt ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels beziehungsweise nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets (§ 130b Absatz 3a Satz 2 und 3, Absatz 4 Satz 3 SGB V). Die Differenz zwischen dem geltenden Erstattungsbetrag und dem bis zu dessen Vereinbarung oder Festsetzung von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Abgabepreis ist vom pharmazeutischen Unternehmer auszugleichen (§ 130b Absatz 3a Satz 9, Absatz 4 Satz 3 SGB V). Der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V entfaltet nicht nur Wirkung im Verhältnis zwischen pharmazeutischen Unternehmern und Krankenkassen, sondern bildet nach § 78 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes (AMG) grundsätzlich allgemein die zulässige Obergrenze für den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers etwa beim Erwerb von Arzneimitteln durch Krankenhäuser.

Mit der vorliegenden Regelung wird gewährleistet, dass die Wirkung des Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V ab dessen Geltungsbeginn auf krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 durchschlägt. Auf Grundlage des geltenden Rechts können Krankenhäuser zwar die Differenz zwischen dem bisherigen Marktpreis und dem Erstattungsbetrag eines Arzneimittels beim pharmazeutischen Hersteller ausgleichen lassen, allerdings gibt es keine gesetzliche Regelung für den Ausgleich der Differenz zwischen dem krankenhaushausindividuellen Entgelt und dem Erstattungsbetrag gegenüber den Kostenträgern. Die Problematik besteht sowohl bei krankenhaushausindividuellen Entgelten als auch bei Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelten): Es gibt Arzneimittel, für die ein Erstattungsbetrag gilt, für die zunächst ein NUB-Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird, welches in der Folge jedoch zu einem krankenhaushausindividuellen Entgelt migriert. Insofern dient die Regelung im Zusammenhang mit der Neufassung des Absatzes 2 Satz 11 dazu, die Wirkung des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn umfassend auf alle hierfür maßgeblichen Entgelte nach Absatz 1 und Absatz 2 durchschlagen zu lassen, unabhängig davon, ob es sich um ein krankenhaushausindividuelles Entgelt oder ein NUB-Entgelt handelt.

Die Regelung soll sicherstellen, dass Kostenträger lediglich den Erstattungsbetrag und damit die tatsächlichen Aufwendungen der Krankenhäuser zahlen sollen, und die Kostenträger keine darüberhinausgehenden finanziellen Risiken treffen, die aufgrund einer – zumindest vorübergehenden – Überzahlung infolge von regelmäßig deutlich über dem Erstattungsbetrag liegenden originär vereinbarten oder festgesetzten Entgelten nach Absatz 1 und Absatz 2 entstehen.

Die Regelung bewirkt, dass es keines weiteren Zwischenakts im Wege einer unterjährigen Neuvereinbarung eines entsprechend vereinbarten oder festgesetzten krankenhaushausindividuellen Entgelts für ein Arzneimittel, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V vereinbart oder festgesetzt wurde, durch die Vertragsparteien nach § 11 bedarf. Die Regelung entfaltet Wirkung einerseits bezüglich bereits geltender Entgelte und begrenzt deren Höhe insoweit für die Dauer des jeweiligen Vereinbarungszeitraums nach § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2. Sie erfasst andererseits auch Neuvereinbarungen in Folgejahren, die nach § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 und damit unabhängig von einem Erstattungsbetrag anstehen und auch künftig erforderlich bleiben. In diesem Rahmen ist der Erstattungsbetrag sodann als Obergrenze zu berücksichtigen. Auch können in einer Neuvereinbarung im Folgejahr aufgrund des bestehenden Verhandlungsspielraums des krankenhaushausindividuellen Entgelts bis zur Höhe des Erstattungsbetrags als Obergrenze beispielsweise Rabatte verhandelt werden.

Die Regelung bedingt, dass eine entsprechende Genehmigung durch die Landesbehörde nicht erforderlich ist, da der geltende Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ab seinem Geltungsbeginn die

Obergrenze für die Höhe des jeweils geltenden Entgelts im jeweiligen Vereinbarungszeitraum bildet. In dieser Hinsicht zu berücksichtigen ist auch, dass in der Vergangenheit eine uneinheitliche Rechtspraxis im Hinblick auf die Erforderlichkeit einer Genehmigung beziehungsweise deren Rückwirkung durch die Landesbehörden festzustellen war. Insoweit trägt die Regelung sowohl zur Einheitlichkeit der Rechtsanwendung als auch zum Bürokratieabbau bei.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird gewährleistet, dass die Wirkung des Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V für die Kostenträger auf Entgelte für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB-Entgelt) nach § 6 Absatz 2 durchschlägt. Die vorliegende Regelung hat insofern zur Folge, dass es keines weiteren Zwischenakts im Wege einer unterjährigen Neuvereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 11 bedarf. Vor diesem Hintergrund wird geregelt, dass in solchen Fällen ein Erstattungsbetrag unmittelbar ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen Vereinbarungszeitraum nach § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 bildet.

Die Regelung entfaltet Wirkung einerseits bezüglich bereits geltender Entgelte und begrenzt deren Höhe insoweit für die Dauer des jeweiligen Vereinbarungszeitraums nach § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 sowie erfasst auch Neuvereinbarungen in Folgejahren, die unabhängig von einem Erstattungsbetrag anstehen, und auch künftig erforderlich bleiben. In diesem Rahmen ist der Erstattungsbetrag sodann als Obergrenze zu berücksichtigen. In einer Neuvereinbarung können im Folgejahr aufgrund des bestehenden Verhandlungsspielraums des NUB-Entgelts bis zur Höhe des Erstattungsbetrags als Obergrenze beispielsweise Rabatte verhandelt werden.

Die Regelung bedingt, dass eine entsprechende Genehmigung durch die Landesbehörde nicht erforderlich ist, da der geltende Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweils geltenden Entgelts im jeweiligen Vereinbarungszeitraum bildet. In dieser Hinsicht zu berücksichtigen ist auch, dass in der Vergangenheit eine uneinheitliche Rechtspraxis im Hinblick auf die Erforderlichkeit einer Genehmigung beziehungsweise deren Rückwirkung durch die Landesbehörden festzustellen war. Insoweit trägt die Regelung sowohl zur Einheitlichkeit der Rechtsanwendung als auch zum Bürokratieabbau bei.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung wird dem Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V auch hinsichtlich der Laufzeit der Erhebung geltender Entgelte nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 Wirkung verliehen. Künftig ist daher ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 2 geltendes Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben. Durch die Regelung kann das unterjährige Auflaufen hoher Ansprüche vonseiten der Kostenträger gegenüber den Krankenhäusern auf Ausgleichszahlung der Differenz zwischen dem nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 geltenden Entgelt und dem Erstattungsbetrag vermieden werden, indem das Entgelt ohne eine weitere Vereinbarungsnotwendigkeit bereits ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags in dessen Höhe zu erheben ist. Vor dem Hintergrund, dass ein kostenträgerspezifischer Ausgleich nicht erfolgt, fördert die Regelung zudem bezogen auf den jeweiligen Kostenträger die Abrechnung der durch den Erstattungsbetrag angeordneten Entgelthöhe unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung des Erstattungsbetrags. Die Regelung gilt sowohl für krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 als auch für NUB-Entgelte nach § 6 Absatz 2. Die Regelung, dass ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben ist, gilt solange, bis ein neues Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird. Dafür sind die Maßgaben nach § 6 Absatz 1 Satz 3 oder Absatz 2 Satz 11 zu beachten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zum Wegfall der Erforderlichkeit von Neuvereinbarungen nach § 6 Absatz 1 Satz 3 sowie Absatz 2 Satz 11 im Falle eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags. Es wird insofern geregelt, dass im Rahmen der Ausgleichsberechnung des Erlösausgleichs das jeweils geltende Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn zu Grunde zu legen ist. Vor dem Hintergrund, dass die maßgeblichen Arzneimittel sowohl Gegenstand von

krankenhausindividuellen Entgelten als auch von NUB-Entgelten sein können, soll für beide Entgeltarten auf Ebene des Erlösausgleichs eine Korrektur der jeweils zu berücksichtigenden Höhe erfolgen. Dies gilt bis zur erstmaligen Vereinbarung oder Festsetzung eines Entgelts unter den in § 6 Absatz 1 Satz 3 oder Absatz 2 Satz 11 genannten Vorgaben.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthalten, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt, dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 KHEntgG genannten Vereinbarungszeitraum bildet. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Da das Erfordernis einer Regelung zur Geltung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt, dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen nach § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 KHEntgG genannten Vereinbarungszeitraum bildet. Da das Erfordernis einer Regelung zur Geltung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 15 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 2 KHEntgG geltendes Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben ist. Da das Erfordernis einer entsprechenden Regelung auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen. Die Regelung, dass ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben ist, gilt solange, bis ein neues Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird. Dafür sind die Maßgaben nach § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG zu beachten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 15 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass die Sätze 1 und 2 auch auf Entgelte anzuwenden sind, für die die in § 6 Absatz 1 Satz 3 oder Absatz 2 Satz 11 KHEntgG genannten Maßgaben gelten, wobei im Rahmen der Ausgleichsberechnung das jeweils geltende Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn angesetzt wird. Da das Erfordernis einer entsprechenden Regelung und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen. Demzufolge sind die Sätze 1 bis 3 auch auf Entgelte anzuwenden, für die die in § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG genannten Maßgaben gelten, wobei im Rahmen der Ausgleichsberechnung das jeweils geltende

Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn angesetzt wird. Dies gilt bis zur erstmaligen Vereinbarung oder Festsetzung eines Entgelts unter den in § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG genannten Vorgaben.

Table Briefings

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 17 – neu - (§§ 192 Versicherungsvertragsgesetz)

(Einführung Direktabrechnung für privatversicherter Kinder und Jugendliche)

Dem Artikel 17 wird nach Absatz 9 folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Bei einer Krankheitskostenvollversicherungen zugunsten einer versicherten Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist das Versicherungsunternehmen dazu verpflichtet, in vertraglichem Umfang unmittelbar an den Leistungserbringer zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer die Abtretung seiner Ansprüche gegen das Versicherungsunternehmen an den Leistungserbringer in Textform anzeigt.“

Begründung

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV) gilt das Prinzip der Kostenerstattung. Wenn privat krankenversicherte Kinder und Jugendliche medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, müssen deren Eltern bzw. Personensorgeberechtigten entsprechend des Kostenerstattungsprinzips als Prämienzahlende in finanzielle Vorleistung für die Behandlung gehen. In der Praxis kann diese Regelung den Effekt einer vorübergehenden finanziellen Überlastung der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten haben mit der Folge, dass der Zugang zur frühzeitigen medizinischen Versorgung von privat krankenversicherten Kindern und Jugendlichen erschwert wird. Personen – z.B. in selbstständigen Berufen und/oder Klein- und Mittelstandsunternehmende wie Handwerkerinnen und Handwerker – die einem unregelmäßigen Zahlungseingang unterliegen, müssen die Arztbesuche ihrer Kinder und Jugendlichen bislang zum Teil von der aktuellen finanziellen Lage abhängig machen. Der Zugang zur frühzeitigen medizinischen Versorgung von privatversicherten Kindern und Jugendlichen soll erleichtert und ausnahmslos sichergestellt werden, unabhängig von der situativen Liquidität der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten. Zudem wird durch die Regelung eine ausgeglichene Verteilung des Bonitäts- und Inkassorisikos zur Sicherung des Einkommens von Ärztinnen und Ärzten erreicht.

Für alle privat krankenversicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs, die privat krankheitskostenvollversichert sind, soll der Zugang zur medizinischen Versorgung unbürokratisch und ohne finanzielle Belastung der prämienzahlenden Eltern bzw. Personensorgeberechtigten sichergestellt werden. Daher soll für diesen Personenkreis statt des bisher geltenden Prinzips der Kostenerstattung zukünftig das Prinzip der Direktabrechnung gelten.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der SPD und BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
BT-Drucksache 20/11853

Zu Artikel 17 – neu - (§ 198 Versicherungsvertragsgesetz)

(Beitrittsmöglichkeit kranker und behinderter Kinder ohne Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse in PKV)

In Artikel 17 wird § 198 wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:
„(1a) Der Geburt eines Kindes steht die Eheschließung der Eltern gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Eheschließung noch minderjährig ist.“
2. In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Neugeborenen“ ein Komma und die Wörter „des aufgrund einer Eheschließung mitversicherten Kindes“ eingefügt.
3. In Absatz 4 werden nach dem Wort „Neugeborene“ ein Komma und die Wörter „das aufgrund einer Eheschließung mitversicherte Kind“ eingefügt.“

Begründung

Zu Nummer 1

Privatversicherte Eltern können ein neugeborenes Kind ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt gemäß § 198 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) privat versichern. Das gilt auch für kranke oder behinderte Kinder, um ungeachtet etwaiger bereits bei der Geburt vorhandener Erkrankungen Versicherungsschutz für das Kind ohne Wartezeiten, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse – außerhalb des Basistarifs – zu erhalten. Unverheiratete Eltern, bei denen ein Elternteil gesetzlich und ein Elternteil privat versichert ist, können Kinder über die – kostenfreie – Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) krankenversichern. Bei Eltern mit Kindern, bei denen ein Elternteil gesetzlich und das andere Elternteil privat versichert ist, entfällt jedoch meist nach Eheschließung der Anspruch auf die kostenfreie Familienversicherung (vgl. § 10 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V): Das Kind muss dann beim besserverdienenden – in der Regel privat versicherten – Elternteil versichert werden. Allerdings erfolgt dies nicht automatisch, sondern es erfolgt eine sog. Risikoprüfung (sofern das Vertragsverhältnis nicht in den ersten zwei Monaten nach Geburt zustande kommt), sodass bei Kindern mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen, die Aufnahme in die regulären Tarife der PKV faktisch ausgeschlossen ist. Das Kind ist entweder – nunmehr kostenpflichtig – freiwillig gesetzlich zu versichern oder es kann – unabhängig, ob mit oder ohne Vorerkrankung – eine private Krankenversicherung im brancheneinheitlichen Basistarif abgeschlossen werden. Für erkrankte und behinderte Kinder soll eine analoge Beitrittsmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung geschaffen werden, wie sie auch für neugeborene Kinder gemäß § 198 Absatz 1 Satz 1 VVG besteht. Auch erkrankten und behinderten Kindern soll eine Versicherung im regulären Tarif des privaten Krankenversicherungsunternehmens, in dem auch eines der Elternteile versichert ist, ermöglicht werden, ohne dass es zu Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen kommt, um die Einheit bzw. Nähe der Tarife von Eltern und Kindern zu gewährleisten.

Satz 1 stellt die Aufnahme von Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei Eheschließung der Eltern gleich mit der Aufnahme von in der Ehe geborenen Kindern.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Table Briefings