

**Änderungsantrag 1 - neu -  
(ersetzt Änderungsantrag 1, Ausschussdrucksache 18(14)0030.1)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 3a - neu - (§ 65b SGB V) (Unabhängige Patientenberatung)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

,3a. § 65b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der“ durch die Wörter „Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den“ ersetzt und wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „sieben“ ersetzt.

cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2011“ durch die Angabe „2016“ und die Angabe „5 200 000“ durch die Angabe „9 000 000“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.’

Begründung:

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

Zu Buchstabe a

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

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

Eine Verlängerung des Förderzeitraums ist für die Sicherstellung der Kontinuität der Beratung sinnvoll. „Eine zu kurzzeitige Befristung behindert den Aufbau nachhaltiger Strukturen“, stellte in diesem Zusammenhang der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2012 (vgl. Ziffer 155) fest. Ausreichend er-

scheint jedoch eine moderate Erhöhung der Förderphase auf sieben Jahre. Diese Zeitspanne ermöglicht es der beratenden Organisation, nachhaltige Strukturen aufzubauen und über einen längeren Zeitraum kontinuierlich zu arbeiten, gleichzeitig aber dem Auftraggeber, zeitnah auf Fehlentwicklungen zu reagieren. In Anbetracht der bereits begonnenen Vorarbeiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine erneute Ausschreibung treten diese Regelungen zur UPD am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

**Änderungsantrag 2 - neu -  
(ersetzt Änderungsantrag 2, Ausschussdrucksache 18(14)0030.2)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 4a - neu - (§ 132e SGB V) (keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen)

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

„4a. Dem § 132e Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.“

Begründung:

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

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

## Änderungsantrag 3 - neu -

### (ersetzt Änderungsantrag 3, Ausschussdrucksache 18(14)0030.3)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

#### Zu Artikel 1 Nummer 4b - neu - (§ 134a SGB V) (Versorgung mit Hebammenhilfe)

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

4b. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe“ durch ein Komma und die Wörter „die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Hebammenhilfe“ die Wörter „unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten“ eingefügt.

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. Sie sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“

c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b und 1c eingefügt:

„(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarun-

gen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgt nach Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten. Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl unterjährige Wechselmöglichkeiten der Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt. Die erforderlichen Angaben nach den Sätzen 3 bis 5 hat die Hebamme im Rahmen ihres Antrags nach Satz 2 zu übermitteln. Für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 2 übermitteln die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen leistungserbringer- und nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten nach § 301a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6.

(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1a Satz 1, Absatz 1b Satz 3 und Absatz 1c vorgegebenen Fristen zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der bisherige Vertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle vorläufig weiter.“

Begründung:

Hebammen leisten einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag für die medizinische Versorgung Schwangerer, Mütter und Familien. Die Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Versorgung mit Hebammenhilfe einschließlich des Erhalts der freien Wahl des Geburtsorts ist daher von besonderer Bedeutung. Angesichts steigender Prämien für die für die Berufsausübung notwendige Berufshaftpflichtversicherung sehen sich insbesondere Hebammen, die nur eine geringe Anzahl an Geburten begleiten (z. B. Hausgeburtshebammen oder Hebammen, die in geburtenschwachen Regionen oder in Teilzeit tätig sind), nur schwer in der Lage, die gestiegenen Haftpflichtprämien aus der Vergütung für ihre Tätigkeit zu kompensieren. In der Konsequenz besteht die Gefahr, dass immer mehr Hebammen die freiberufliche Geburtshilfe einstellen und eine flächendeckende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Geburtshilfe nicht mehr gewährleistet ist. Um dem entgegenzuwirken, muss sichergestellt werden, dass auch Hebammen mit wenigen Geburten durch ihre Prämie zur Berufshaftpflichtversicherung nicht überlastet werden. Die folgenden Regelungen treten bereits am Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft, um sicherzustellen, dass die Vertragspartner nach § 134a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) möglichst zeitnah Vergütungsverhandlungen aufnehmen können, um eine fristgerechte Vereinbarung der Vergütungszuschläge im Sinne des § 134a Absatz 1c SGB V (neu) bis spätestens zum 30. September 2014 nicht zu gefährden.

Zu Buchstabe a

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



pflichtung zur Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V..

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 1b wird ein Sicherstellungszuschlag eingeführt, um Hebammen, die wegen geringer Geburtenzahlen und hoher Haftpflichtprämien ansonsten finanziell überfordert wären, dauerhaft zu entlasten und damit auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe einschließlich der freien Wahl des Geburtsortes zu gewährleisten. Notwendige Qualitätsaspekte sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Hebammen erhalten einen Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag, wenn die nach Absatz 1 vereinbarte Vergütung für Leistungen der Geburtshilfe in Relation zu der von der Hebamme im Einzelfall zu zahlenden Prämie für ihre notwendige Berufshaftpflichtversicherung wegen einer zu geringen Anzahl an betreuten Geburten nicht ausreichend ist und sie die Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a erfüllen. Die Hebamme hat dabei zu gewährleisten, dass sie ihrerseits von den Möglichkeiten zur Reduzierung der Haftpflichtprämie durch unterjährigen Wechsel der Versicherungsform Ge-

brauch macht, um unnötige Kosten für die Solidargemeinschaft zu vermeiden. Mit der Verpflichtung zum Wechsel der Versicherungsform sollen gleichzeitig falsche Anreize, nur Geburten in geringer Anzahl zu betreuen, verhindert werden. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeweils nach Ende eines Abrechnungszeitraums. Dies kann beispielsweise das Ende eines Versicherungsjahres sein. Auch Abschlagszahlungen sind möglich. Die Hebamme hat die für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen notwendigen Daten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Die Mittel für die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Maßgabe der in seiner Satzung für die Mittelaufbringung enthaltenen Bestimmungen bei den Krankenkassen erhoben. Die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens einschließlich der Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden sowie der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie Auszahlungszeitpunkt und Auszahlungsmodalitäten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bis zum 1. Juli 2015 vertraglich vereinbart. Die Vereinbarung soll auch Regelungen zu Abschlagszahlungen enthalten. Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätsanforderungen ist bei der Begleitung klinischer Geburten durch Beleghebammen der Nachweis der Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Krankenhauses als ausreichend anzusehen. Kommt eine Vereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der Sicherstellungszuschlag löst damit für Geburten ab 1. Juli 2015 die in Absatz 1c (neu) für einen Übergangszeitraum geregelten Zuschläge auf bestimmte Abrechnungspositionen ab. Die Erfüllung dieser Aufgabe erfordert beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Verfügbarkeit der für die Prüfung, Berechnung und Auszahlung des Sicherstellungszuschlages erforderlichen krankenkassenübergreifenden Abrechnungsdaten. Durch die leistungserbringer- und nicht versichertenbezogene Zusammenführung der Daten beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird gewährleistet, dass die Anspruchsberechtigung überprüft werden und eine zielgerichtete Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgen kann.

Um Hebammen, die nur eine geringe Anzahl an Geburten begleiten, im Hinblick auf die zum 1. Juli 2014 steigenden Haftpflichtversicherungsprämien kurzfristig zu entlasten, wird den Vertragspartnern mit dem neuen Absatz 1c aufgegeben, bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten

in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung gilt auch für die entsprechenden Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei einer nicht vollendeten Geburt. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen für Geburten ab dem 1. Juli 2014 für einen Übergangszeitraum bis zur Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nach Absatz 1b zum 1. Juli 2015 zu zahlen. Die Höhe des Zuschlags ist so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe sichergestellt und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten bezüglich der vom Gesetzgeber vorgesehenen Geburtsorte gewährleistet sind. Kommt die Vereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle festgesetzt.

Zu Buchstabe d

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

**Änderungsantrag 4 - neu -  
(ersetzt Änderungsantrag 4, Ausschussdrucksache 18(14)0030.4)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 39a - neu - (§ 303b SGB V) (Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung)

Nach Artikel 1 Nummer 39 wird die folgende Nummer 39a eingefügt:

„39a. § 303b wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
2. Die folgenden Absätze 2 bis 4 werden angefügt:

„(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.

(3) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.

(4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.“

Begründung:

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

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

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

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

Absatz 2 Satz 3 bestimmt eine weitere Verschlüsselung des Regionalkennzeichens. Die Regelung gewährleistet, dass eine Entschlüsselung und Zusammenführung dieser Regionalkennzeichen mit den für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs übermittelten Daten nur durch das DIMDI und nur zum Zweck der Datentransparenz möglich ist, denn für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist das Regionalkennzeichen nicht erforderlich. Das Regionalkennzeichen soll aber beim DIMDI den versichertenbezogenen periodenübergreifenden Pseudonymen zugeordnet werden, damit für die Nutzungszwecke der Daten-

transparenz (vgl. § 303e Absatz 2 Satz 1) für die Versorgungsforschung und -planung eine belastbare regionalisierte Datengrundlage zur Verfügung steht.

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

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

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

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

Mit Absatz 4 wird den Beteiligten, dem Bundesversicherungsamt, dem Spitzenverband Bund und dem DIMDI die Möglichkeit eingeräumt, das Nähere für die Umsetzung der Datenübermitt-

lungen zu vereinbaren, und zwar sowohl für das reguläre Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 1 als auch für die Sonderregelung nach Absatz 3 Satz 2.

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

**Änderungsantrag 5 - neu -  
(ersetzt Änderungsantrag 5, Ausschussdrucksache 18(14)0030.5)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu den Artikeln 16a – neu –, 16b – neu – und 16c – neu –

(KHG, BPfIV und Psych-Entgeltgesetz)

(Schlichtungsausschuss auf Landes-  
ebene, Verlängerung der Optionsphase  
des Psych-Entgeltsystems)

Nach Artikel 16 werden die folgenden Artikel 16a bis 16c eingefügt:

**„Artikel 16a**

**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17c Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „des Schlichtungsausschusses“ durch die Wörter „eines für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen Schlichtungsausschusses“ ersetzt.
- b) In Satz 8 werden nach dem Wort „Schlichtungsausschusses“ die Wörter „sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben“ eingefügt.
- c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.“



2. § 17d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Wörter „1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016“ eingefügt.

cc) In Satz 7 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

dd) In Satz 8 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ee) In Satz 9 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ff) In Satz 10 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

b) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2014“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.

## **Artikel 16b**

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Angabe „2015 oder 2016“ eingefügt.

cc) In Satz 4 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

dd) In Satz 5 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 9 Absatz 1 Nummer 5“ die Wörter „in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe“ eingefügt.

d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

b) In Absatz 1 wird die Angabe „2017, 2018, 2019, 2020 und 2021“ durch die Angabe „2019, 2020, 2021, 2022 und 2023“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ und wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 Buchstabe b wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „2018 bis 2021“ durch die Angabe „2020 bis 2023“ ersetzt.

d) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

cc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

dd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

ee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

ff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

e) In Absatz 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

- bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - ccc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
  - ddd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
  - eee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
  - fff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
- dd) Satz 5 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
  - ccc) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
  - ddd) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
  - eee) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- g) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.
- h) In Absatz 11 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
3. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
4. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
5. § 11 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
  - b) In Nummer 2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „oder in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
6. In § 15 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt.
7. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2013 oder 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 oder 2016“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
8. Die Anlage wird wie folgt geändert:
- a) Die Übersicht wird wie folgt geändert:
    - aa) In der Bezeichnung des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
    - bb) In der Bezeichnung des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - b) In der Überschrift des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
  - c) In der Überschrift des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

#### **Artikel 26c**

#### **Änderung des Psych-Entgeltgesetzes**

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl I S. 1613) wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Artikel 16a (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, das bereits zum 1. August 2013 in Kraft getreten ist, wurden die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene (Landesverbände Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und Landeskrankenhausgesellschaften andererseits) verpflichtet, Schlichtungsausschüsse auf Landesebene einzurichten. Diese sind bei Streitigkeiten über das Ergebnis einer Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anzurufen, bevor Klage beim Sozialgericht eingereicht werden kann, sofern der Streitwert geringer als 2 000 Euro ist. Die Regelung dient der Entlastung der Sozialgerichte. Bisher haben die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene noch keinen arbeitsfähigen Schlichtungsausschuss eingerichtet. Um eine flächendeckende Einrichtung der Schlichtungsausschüsse zu gewährleisten, wird durch die vorgesehenen Regelungen eine Konfliktlösung eingeführt. Durch den neuen Satz 9 wird vorgegeben, dass im Falle einer nicht erfolgreichen Einigung der Vertragsparteien auf Landesebene auf Einzelheiten zum Verfahren und zur Finanzierung des Schlichtungsausschusses auf Landesebene die Landesschiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet. Wenn bis zum 31. August 2014 kein arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss auf Landesebene besteht, ist nach Satz 10 die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zur Bildung des Schlichtungsausschusses übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzu-

nehmen. Allerdings kann nach Satz 11 die Landesschiedsstelle für die übergangsweise Wahrnehmung der Aufgabe des Schlichtungsausschusses einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten. Auch der vorläufige Schlichtungsausschuss muss paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und Krankenhäuser und einem unparteiischen Vorsitz besetzt sein.

Zu Nummer 2

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

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

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

Zu den Doppelbuchstaben dd und ee

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

Zu Doppelbuchstabe ff

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Artikel 16b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben a und b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

Zu den Nummern 2 bis 4

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



Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu den Nummern 6 und 7

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

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

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

die Änderung durch Doppelbuchstabe bb vor, dass der Abschnitt B2 erst ab dem Jahr 2019 vorzulegen ist.

#### Zu Buchstabe b

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

#### Zu Buchstabe c

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

#### Zu Artikel 16c (Änderung des Psych-Entgeltgesetzes)

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

## **Änderungsantrag 1**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

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

Dem Artikel 7 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

- .0. In § 20 wird das Wort „anzuwenden“ durch die Wörter „mit der Maßgabe anzuwenden, dass für die Bemessung der Beiträge der nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt“ ersetzt.

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 7 Nummer 2 (§ 40 KVLG 1989)

(Unternehmerbeitrag bei ALG II-Bezug)

Artikel 7 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

2. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Abweichend von Absatz 1 wird bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern, die Arbeitslosengeld II beziehen, für die Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld II als Einkommen nach § 39 Absatz 1 Nummer 1 das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt. Für die Bemessung der Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Entspricht dem bisherigen Artikel 7 Nummer 2 des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

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

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 7 Nummer 4 (§ 48 KVLG 1989)

(Beitragstragung bei ALG II-Bezug)

Artikel 7 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

,4. § 48 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 wird die Angabe „43 Abs. 1“ durch die Wörter „43 Absatz 1 sowie die Beiträge nach § 40 Absatz 5a“ ersetzt.’

#### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

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

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 7 Nummer 5 – neu – (§ 49 KVLG 1989) (Beitragszahlung bei ALG II-Bezug)

Dem Artikel 7 wird folgende Nummer 5 angefügt:

5. Dem § 49 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.“

### Begründung:

In Ergänzung zu der neuen Regelung in § 48 Absatz 4 zur Beitragstragung bei landwirtschaftlichen Unternehmern, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, wird in § 49 die Regelung zur Beitragszahlung angepasst. Ebenso wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung nach § 252 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird der Beitrag für Beziehende von Arbeitslosengeld II von der Bundesagentur für Arbeit oder den zugelassenen kommunalen Trägern gezahlt.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 7a (§ 20 KVLG 1989)

(Versicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II)

Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

### **Artikel 7a**

#### **Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

§ 20 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

#### **„§ 20**

#### **Versicherung besonderer Personengruppen**

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Beiträge sind für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen und für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 Versicherungspflichtigen, die nicht zugleich nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 versicherungspflichtig sind, entsprechend anzuwenden. Satz 1 gilt für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld mit der Maßgabe, dass für die Bemessung der Beiträge der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt.“



Begründung:

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

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

### Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 5 SGB V)

(Versicherungspflicht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II)

Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

,1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2a werden das Komma und die Wörter „ soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.

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

b) In Absatz 5a Satz 1 wird das Wort „unmittelbar“ durch das Wort „zuletzt“ ersetzt.’

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahme gilt nach § 5 Absatz 5a für Personen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren bzw. für diejenigen, die nicht versichert, aber als Selbständige bzw. versicherungsfreie Personen der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Ausschlussregelung ist im Jahr 2009 im Zuge der Neuord-

nung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt worden und dient dem Ziel, eine gleichmäßigere Lastenverteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu gewährleisten. Die Regelung will eine Systemkontinuität nach folgendem Grundsatz sicherstellen: Dem Versicherungssystem, dem ein ALG II-Bezieher vor dem Leistungsbezug zugehörig bzw. zuzuordnen war, soll er auch während des Leistungsbezugs angehören.

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

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

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

Die Änderung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 137 SGB V)

(Qualitätssicherungsaufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Artikel 1 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

6. § 137 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§137a Absatz 3“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.“

### Begründung

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Der neue § 137 Absatz 5 stellt klar, dass es zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört, die erforderlichen Beauftragungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu beschließen. Diese Klarstellung des Satzes 1 ist insbesondere für die in § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 bis 7 zusätzlich verankerten Institutsaufgaben erforderlich. Diese neuen Aufgaben zur Erstellung von vergleichenden Übersichten zur Versorgungsqualität im Krankenhaus, zur Weiterentwicklung und Darstellung der Versorgungsqualität auf der Grundlage von Sozialdaten sowie zur Entwicklung von Kriterien zur Einordnung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen sind bisher in der Aufgabenzuweisung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ausreichend abgebildet. Der Verweis in Satz 2 auf § 299 macht deutlich, dass die dort geregelten Anforderungen gelten, soweit die Beschlüsse zur Beauftragung des Instituts auf die Übermittlung von personenbezogenen Daten gerichtet sind. Dies kann z.B. bei Aufträgen zur Entwicklung und Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 und 3) oder auch bei der Nutzung von Sozialdaten zur Ermittlung und Darstellung der Versorgungsqualität (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 6) gegeben sein.

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 137a SGB V)

(Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – Risikoadjustierung der Indikatoren)

In Artikel 1 Nummer 7 wird § 137a Absatz 3 Satz 2 wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird nach dem Wort „abgestimmte“ das Wort „risikoadjustierte“ eingefügt.
- b) In Nummer 5 wird nach dem Wort „vergleichende“ das Wort „risikoadjustierte“ eingefügt.

#### Begründung

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

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 171d SGB V)

(Zwischenfinanzierung von Schließungskosten)

In Artikel 1 Nummer 9 wird § 171d Absatz 6 Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen.“

### Begründung:

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



## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 175 SGB V)

(Hinweispflicht der Krankenkassen auf Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu Zusatzbeiträgen)

In Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb werden die Sätze 5 bis 7 wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

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

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 242 SGB V)

(Informationspflicht des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen)

In Artikel 1 Nummer 18 wird dem § 242 folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

### Begründung:

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

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

## **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

### Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b (§ 248 SGB V)

(Technische Vorlaufzeit zur Berücksichtigung von Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeitragsätze bei Versorgungsbezügen)

In Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b werden die Wörter „Satz 1 Nummer 4“ gestrichen.

### Begründung

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

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b (§ 256 SGB V) (Regelung zur Abgabe des Beitragsnachweises für Beiträge aus Versorgungsbezügen)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

‚b) In Satz 3 werden die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.‘

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 36 (§ 271 SGB V) (Kompensation zur Absenkung des Bundeszuschusses in 2015 nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2014)

Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

.b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2015 2,5 Milliarden Euro abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221 Absatz 2 Satz 2 bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

### Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Haushaltsbegleitgesetz 2014. Dessen Änderung des § 271 Absatz 2, die eine Kompensation für die vorübergehende Absenkung des Bundeszuschusses für die Jahre 2014 und 2015 vorsieht, tritt bereits am Tag nach der Verkündung des Haushaltsbegleitgesetzes 2014 und damit vor diesem Gesetz, d.h. vor dem 1. Januar 2015, in Kraft. Folglich wird die Kompensationsregelung für 2015 mit der vorliegenden Änderung aus

rechtstechnischen Gründen in den neugefassten § 271 Absatz 2 inhaltsgleich übernommen. Die Kompensationsregelung für 2014 muss wegen des Zeitablaufs nicht übernommen werden. Im Übrigen bleibt der neugefasste § 271 Absatz 2 gegenüber der Fassung aus dem Regierungsentwurf inhaltlich unverändert.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 322 SGB V)

(Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und Versorgungsbezügen)

Artikel 1 Nummer 41 wird wie folgt gefasst:

,41. Nach § 321 wird folgender § 322 eingefügt:

„§ 322

Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“

### Begründung:

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



## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

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

In Artikel 4 Nummer 2 wird § 26 Absatz 4 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die elektronische Anforderung hat durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen.“

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

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

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

„1a. In § 55 Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1 zu dem“ die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten“ eingefügt.“

### Begründung

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

### **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 9 (§ 32 SGB XII)

(Zusatzbeiträge von Beziehern von Leistungen nach dem SGB XII)

In Artikel 9 werden die Wörter „durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 3“ durch die Wörter „Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1“ ersetzt.

#### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 14**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

Zu Artikel 16d - neu - (Krankenhausentgeltgesetz) (Klarstellung zum Hygiene-Förderprogramm)

Nach Artikel 16c wird folgender Artikel 16d eingefügt:

### **„Artikel 16d**

#### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

In § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Neueinstellungen“ ein Komma und die Wörter „interner Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt.’

#### Begründung:

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

Bei der Umsetzung des Förderprogramms wird der Begriff der „Neueinstellung“ zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern kontrovers diskutiert. Während die Krankenhäuser auch die Be-

setzung von neu geschaffenen Hygienestellen durch Umbesetzung vorhandenen Personals mit entsprechender Qualifikation in den Bereich der Hygiene als förderfähige Neueinstellung verstehen, argumentieren die Kostenträger, dass ausschließlich von außerhalb neu eingestelltes zusätzliches Hygienepersonal als Neueinstellung förderfähig sei.

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

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

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 18/1307 -

### Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

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

Artikel 17 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
2. In Absatz 2 werden die Wörter „Nummer 1 Buchstabe a“ durch die Wörter „Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa“ ersetzt, werden vor der Angabe „4“ die Wörter „3a Buchstabe b, Nummer“ eingefügt und werden die Wörter „und Artikel 6“ durch ein Komma und die Wörter „Artikel 6 Nummer 1 und 2, Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b, Nummer 4 Buchstabe b, Nummer 5 sowie Artikel 7a“ ersetzt.
3. In Absatz 3 wird nach der Angabe „Nummer 34“ ein Komma und die Angabe „39a“ eingefügt.
4. In Absatz 4 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Wörter „Nummer 1 Buchstabe b, Nummer 3a Buchstabe a und c, Nummer 5“ ersetzt und wird nach der Angabe „Artikel 16“ ein Komma und die Angabe „16a, 16b, 16c und 16d“ eingefügt.

5. Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Artikel 1 Nummer 4b tritt am [einfügen: Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag] in Kraft.“

Begründung:

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

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen Absatz 5.

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

Die Neuregelung zur Verbesserung der Datenlage für die Versorgungsforschung tritt mit den Änderungen der Vorschriften zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA am 1. August 2014 in Kraft,

um eine Übermittlung der Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten für die Jahre 2009 und 2010 an das DIMDI und damit deren Nutzung noch in diesem Jahr zu ermöglichen.

Zu Nummer 4

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

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

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

Zu Nummer 5

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