Referentenentwurf

Bundesministerium für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

A. Problem und Ziel

Die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der steigenden Zahl von Versicherten, die auf Hilfsmittel angewiesen sind, zunehmend an Bedeutung. Um den Erfolg medizinischer Behandlungen zu sichern, drohenden Behinderungen vorzubeugen oder bereits bestehende Behinderungen auszugleichen, hat der Gesetzgeber die rechtlichen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in den vergangenen Jahren erheblich weiterentwickelt. Dies umfasste unter anderem den Auftrag an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V unter Beteiligung der betroffenen Spitzenorganisationen der Hersteller und Leistungserbringer sowie der maßgeblichen Patientenorganisationen grundsätzlich zu überarbeiten, in festgelegten Abständen auf Fortschreibungsbedarf zu prüfen und verbindliche Qualitätsstandards festzulegen. Um negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität auszuschließen, wurde die Ausschreibungsoption für Hilfsmittel aufgehoben, sodass die Versorgung seither vorrangig über Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen ist. Flankierend dazu wurden die Krankenkassen verpflichtet, für mehr Transparenz über die von ihnen geschlossenen Verträge zu sorgen und die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch ihre Vertragspartner zu kontrollieren. Leistungserbringer erhielten Beratungspflichten gegenüber den Versicherten.

Das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V wurde für alle Leistungserbringer, die beabsichtigen, Verträge zur Hilfsmittelversorgung mit Krankenkassen zu schließen, verpflichtend gemacht. Zum Zwecke des Bürokratierückbaus hatten der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abzugeben.

Trotz dieser Stärkung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zeigen Berichte des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) und des Bundesrechnungshofs (BRH) erhebliche Umsetzungsdefizite auf: So kommen die Krankenkassen ihren Überwachungs- und Informationspflichten nur unzureichend nach. Die geschlossenen Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln haben für die Praxis keine wesentliche Bedeutung erlangt, weshalb der Abschluss und die Pflege der Vielzahl von Verträgen weiterhin mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden ist. Darüber hinaus haben die höchstrichterliche Rechtsprechung und eine zum Teil veränderte Verwaltungspraxis Unsicherheiten hinsichtlich einzelner Vorgaben entstehen lassen. Ziel dieses Gesetzes ist es daher, diese bestehenden Umsetzungsdefizite zu beheben, Rechtssicherheit zu gewährleisten und eine qualitativ hochwertige Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln nachhaltig sicherzustellen.

Sowohl in der Hilfsmittelversorgung als auch in vielen anderen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens birgt der Rückbau von Bürokratie ein großes Potenzial, die gesund-

heitliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu stärken, die Leistungserbringer zu entlasten sowie neue Kapazitäten zu schaffen. Insbesondere Leistungserbringer sind mit einer Vielzahl von gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie sonstigen Verpflichtungen der Selbstverwaltung konfrontiert, die in der Vergangenheit zu erheblicher Bindung personeller Ressourcen und dem Aufbau notwendiger Infrastrukturen geführt haben. Dies betrifft unter anderem die Nachweis- und Meldepflichten für die Qualitätssicherung. Zwar sind insoweit mit den Änderungen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz erste Schritte zur Entbürokratisierung angestoßen worden, trotzdem gibt es weiterhin eine Vielzahl von Vorgaben, die jeweils die gleichen oder sehr ähnliche Sachverhalte erfassen, allerdings mit unterschiedlichen Adressaten, unterschiedlichen Zeiträumen, unterschiedlichen Abgabefristen und unterschiedlichen Meldeformaten.

Darüber hinaus sind im Gesundheitswesen weitere Verbesserungspotenziale und Weiterentwicklungsbedarfe festzustellen.

Unter anderem in folgenden Bereichen wurden Anpassungsbedarfe im vorgenannten Sinne identifiziert:

- Das Schiedswesen im SGB V ist durch vielfache Anpassungen und Ergänzungen über die Jahre in den jeweiligen Leistungsbereichsnormen unübersichtlich und schwer handhabbar geworden. Auch leidet das Schiedswesen aufgrund einer Vielzahl von Handlungsinstrumenten unter einer Behäbigkeit, die das eigentliche Ziel der Einigung untergräbt. Ziel ist es, die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort zu bündeln und die Spezialregelungen dadurch zu entlasten.

- Für die Tätigkeit diverser Selbstverwaltungsorgane und -gremien nach dem SGB V existieren derzeit keine einheitlichen Regelungen beziehungsweise keine expliziten gesetzlichen Regelungsbefugnisse zur Ermöglichung von digitalen und hybriden Sitzungen. Nachdem es den Organen der Sozialversicherungsträger (unter anderem der Krankenkassen) gesetzlich ermöglicht wurde, Sitzungen mit Beschlussfassungen auch in hybrider und digitaler Form durchzuführen, soll die Zulässigkeit dieser heutigen Sitzungsformate rechtssicher auch für andere Selbstverwaltungsorgane und -gremien verankert werden. Ziel ist es zum einen, durch gleichgerichtete Regelungen zur Ermöglichung von digitalen und hybriden Sitzungen Verfahren zu vereinfachen, zu digitalisieren und zu beschleunigen. Zum anderen soll durch die Klarstellung der Regelungsbefugnis die Funktionsfähigkeit der betreffenden Selbstverwaltungsgremien gestärkt und eine effizientere Durchführung ihrer Sitzungen ermöglicht werden.

  Seit Jahren prüft das das BAS nach § 273 SGB V die Datenmeldungen der Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich (RSA) auf rechtswidrige Einflussnahmen. Obwohl die Kompetenzen des BAS zuletzt mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) vom 22. März 2020 gestärkt wurden, haben die regulären Einzelfallprüfungen bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten sich als hochkomplex, aufwändig und kaum administrierbar erwiesen. Statt der mit dem GKV-FKG intendierten Straffung der Prüfverfahren ist in der Praxis eine Erhöhung zeitlicher und personeller Aufwände sowohl bei den Krankenkassen als auch beim BAS zu beobachten.

  Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat auf der Grundlage zusätzlicher, von den Krankenkassen seit dem Berichtsjahr 2022 zu übermittelnden Daten Krankengeldzuweisungsmodelle untersucht. Nach dem Abschluss dieser Untersuchungen mit dem am 11. März 2025 vorgelegten Krankengeld-Gutachten werden diese zusätzlichen RSA-Daten zunächst erst einmal nicht unmittelbar weiterhin benötigt. Ohne gesetzliche Anpassung sind die Krankenkassen gleichwohl weiterhin zur

Meldung dieser Daten verpflichtet, da diese Datenmeldungen im Gesetz als dauerhafte Datenlieferungen angelegt wurden.

Krankenkassen müssen versicherungsmathematische Gutachten, die über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen, Auskunft geben, den Aufsichtsbehörden alle drei Jahre vorlegen. Dies bindet sowohl Ressourcen bei den jeweiligen Krankenkassen als auch bei den zuständigen Aufsichtsbehörden.

- Für die Bonusprogramme nach § 65a Absatz 3 SGB V müssen Krankenkassen alle drei Jahre den Aufsichtsbehörden Rechenschaftsberichte vorlegen, in denen sie die Einsparungen und Effizienzsteigerungen darstellen, die mit dem jeweiligen Bonusprogramm erzielt werden können. Dies sorgt für einen erhöhten bürokratischen Aufwand bei den Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden.

- Komplexe Regelungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht belasten die Krankenkassen und Versicherten mit Bürokratie.

- Die geltenden Regelungen im Bereich der Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze führen im Bereich des Nachweises einer chronischen Erkrankung sowie des erteilten Befreiungszeitraums zu Bürokratie, die es zu vermeiden gilt.

  Die Evaluationspflicht zum Blankoverordnungsverfahren im Bereich häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 Absatz 9 und 10 SGB V führt mangels einer validen, repräsentativen Datenbasis und der bereits erfolgten Befugniserweiterung der Pflegekräfte durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 (BGBl. I Nr. 371) zu unnötiger Bürokratie.

  Die verschiedenen Qualitätssicherungsrichtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthalten im Rahmen von Nachweisverfahren, Strukturabfragen und weiteren Regelungen zahlreiche nicht harmonisierte und insgesamt eine hohe Zahl verschiedenster Nachweis- und Meldepflichten in verschiedenen Formaten, Bezugszeiträumen und Meldewegen. Meldungen können zusammengeführt und kleinteilige Meldepflichten vereinfacht werden, um schrittweise überbordende und unverhältnismäßige bürokratische Aufwände der Leistungserbringer und der Datenempfänger abzubauen.

  Seit dem Jahr 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen – wenn angezeigt auch ihre Landesverbände – sowie der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten und zu betreiben. Diese wichtige Arbeit muss weiterentwickelt und gestärkt werden, damit insbesondere Betrugsfälle zulasten der GKV besser vermieden, aufgedeckt und verfolgt werden können. Ziel ist es, die Solidargemeinschaft noch wirksamer davor zu schützen, dass ihr Finanzmittel unberechtigt entzogen werden, und möglichst viele unzulässig abgeflossene Gelder wieder einzutreiben.

  Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts ergeben sich nachteilige Folgen für die GKV und für bestimmte Personen mit Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), für die infolge der Aufnahme und Beendigung einer Beschäftigung eine freiwillige Mitgliedschaft in Form der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung in der GKV begründet wurde. Die Betroffenen häufen Beitragsschulden an, da die zuständigen Leistungsbehörden für das AsylbLG Beiträge zur freiwilligen Versicherung nicht übernehmen. Zugleich erbringen die Krankenkassen Leistungen ohne jegliche Beitragszahlungen zulasten der Solidargemeinschaft. Eine mögliche spätere Integration der Betroffenen in den Arbeitsmarkt wird durch die auflaufenden Beitragsschulden

erheblich erschwert, da bei Beitragsrückstand und fehlender Hilfebedürftigkeit ein Leistungsruhen der GKV auszusprechen ist. Der Begriff des „anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall“ im SGB V soll (wieder) einheitlich ausgelegt und entsprechende Mitgliedschaften beendet werden.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Gesetzentwurf insbesondere folgende Ziele:

Der gesetzliche Rahmen der Hilfsmittelversorgung wird präzisiert und weiterentwickelt:

- Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer werden beauftragt, einen Rahmenvertrag über die administrativen Inhalte der Verträge zur Hilfsmittelversorgung zu schließen. Dies betrifft insbesondere Dokumentationspflichten sowie Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse. Durch diese Standardisierung können sich künftige Vertragsverhandlungen auf die Preise und die Versorgungsqualität fokussieren. Zur Beilegung von Konflikten über die Ausgestaltung des Rahmenvertrags wie auch die der dezentralen Verträge wird ein Bundesschiedsamt eingerichtet.

- Zudem werden die Vorgaben für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch die Krankenkassen eindeutiger gefasst. Der GKV-Spitzenverband legt künftig jährlich einen Versorgungsbereich fest, in dem die Krankenkassen im Folgejahr verbindlich Qualitätsprüfungen durchzuführen haben. Um die Patientenperspektive zu stärken, werden die maßgeblichen Patientenorganisationen und Selbsthilfezusammenschlüsse bei der Auswahl dieses Bereichs beteiligt.

  Angesichts der überdurchschnittlich hohen Aufzahlungen bei Hörhilfen dürfen die Krankenkassen nicht länger auf ihren Genehmigungsvorbehalt verzichten. Dies ist notwendig, um den gesetzlichen Anspruch auf eine aufzahlungsfreie Versorgung (Sachleistungsprinzip) effektiv zu gewährleisten.

- Parallel dazu werden die Informationspflichten der Krankenkassen konkretisiert: Die Versicherten müssen umfassend über den gesamten Versorgungsprozess informiert werden. Klargestellt wird auch, über welche wesentlichen Inhalte der von ihnen geschlossenen Hilfsmittelverträge die Krankenkassen ihre Versicherten und die Versicherten anderer Krankenkassen zu informieren haben.

- Darüber hinaus enthält der Gesetzesentwurf verschiedene Regelungen zur Bürokratieentlastung im Hilfsmittelbereich – insbesondere bei der Präqualifizierung.

Durch die Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“ sollen die über die Jahre immer umfangreicheren Regelungen zu den Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort gebündelt und die Spezialregelungen dadurch entlastet und anwendungsfreundlicher werden. Durch die Abschaffung von Vorverfahren und den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen sollen die Schiedsverfahren beschleunigt und entbürokratisiert werden.

Es werden gleichgerichtete Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen für diverse Organe der Selbstverwaltung – unter Wahrung der Ziele der ihnen obliegenden Verfahren – geschaffen. Dies betrifft zum einen die Landes- und Bundesschiedsämter, die sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Bundes- und Landesebene sowie die Landesausschüsse. Darüber hinaus wird für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den G-BA sowie diverse Schiedsstellen jeweils klargestellt, dass sie die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Auch die Schiedsstellenre-

gelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden neu strukturiert und angepasst. Dadurch sollen die Regelungen übersichtlicher und die Schiedsverfahren vereinfacht werden.

Damit die Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA nach § 273 SGB V weniger bürokratieaufwändig und schneller durchgeführt werden können, werden insbesondere die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen ersetzt.

Die Krankenkassen müssen künftig nur noch bedarfsabhängig die zusätzlichen RSA-Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V melden, wenn diese Daten vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA zur Erfüllung eines Gutachtenauftrags benötigt werden.

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung wird die Frist zur Vorlage von versicherungsmathematischen Gutachten von drei auf fünf Jahre verlängert. Damit werden sowohl die Krankenkassen als auch die Aufsichtsbehörden von der Prüfung dieser Gutachten entlastet.

Gleiches gilt für die Rechenschaftsberichte für Bonusprogramme, die Krankenkassen den Aufsichtsbehörden alle drei Jahre vorlegen müssen. Mit dem Ziel der Entbürokratisierung wird auch hier die Frist von drei auf fünf Jahre verlängert.

Im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht werden zum Zwecke der Entbürokratisierung Nachweispflichten und Prüfschritte reduziert, beispielsweise durch Digitalisierung, Vereinheitlichung, Automatisierung und Vereinfachung der Verfahren. Davon betroffen sind unter anderem die Familienversicherung, die Beendigung der freiwilligen Versicherung und der Datenaustausch zwischen den Finanzämtern und Kranken- und Pflegekassen.

Die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die Versorgungspraxis wird durch verschiedene Maßnahmen wesentlich vereinfacht und beschleunigt. Künftig wird auf die Zulassung durch das BAS und die besonderen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (sogenannte Programmkostenpauschale) verzichtet. Damit wird der Aufwand beim BAS für seine Aufgaben im Zusammenhang mit DMP um fast die Hälfte reduziert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten DMP anzubieten und Verträge zur Umsetzung der DMP mit den Leistungserbringern zu schließen.

Im Bereich der Zuzahlungsbefreiung (Belastungsgrenze) wird mit dem Ziel der Entbürokratisierung auf den Nachweis der Chronikerbescheinigung in bestimmten Fällen verzichtet, Informationspflichten der Krankenkasse zur Möglichkeit über die Befreiung von den Zuzahlungen sowie eine Verlängerung des Befreiungszeitraums in bestimmten Fällen eingeführt.

Die Evaluationspflicht zur „Blankoverordnung“ im Bereich der häuslichen Krankenpflege kann mangels Umsetzung der Regelung in der Praxis und einer damit verbundenen fehlenden validen Datenbasis nicht erfüllt werden. Sie wird vor dem Hintergrund des Bürokratierückbaus gestrichen.

Darüber hinaus werden verschiedene weitere Maßnahmen zur Entlastung von Bürokratieaufwand im stationären Bereich ergriffen. Dazu gehören die Streichung der differenzierten Datenübermittlung zum Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die Streichung des Nachweises für eine zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal, der Verzicht auf Rechercheaufwand zu Voraufenthalten bei Verlegungen sowie die Streichung des Extremkostenberichts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

In der gesetzlichen Qualitätssicherung werden Nachweis- und Meldeverfahren vereinfacht: Es wird das „Once-Only“-Prinzip eingeführt, damit Leistungserbringer zukünftig nur noch verfahrensübergreifend einmal Daten melden müssen. Ebenso wird im Sinne eines „One-

Stop-Shop“-Verfahrens nur noch eine verfahrensübergreifende zentrale Datenannahmestelle eingerichtet. Dadurch entfallen Doppelmeldungen. Mit der zusätzlichen Anbindung der Qualitätssicherung an die Telematik-Infrastruktur werden historisch gewachsene Doppelstrukturen abgebaut und der Weg für zukünftige automatisierte technische und ressourcenschonende Lösungen geebnet.

Statt der bisherigen Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern besteht künftig die Möglichkeit, solche Verträge freiwillig zu schließen. Die Ausgabenpflicht der Krankenkassen für Qualitätsverträge und der damit verbundene Berechnungsmechanismus für Unterausgaben beim GKV-Spitzenverband sowie die Kenntnisgabe an das BAS entfallen.

In die Fehlverhaltensbekämpfung der Kranken- und Pflegekassen werden die Landesverbände der Krankenkassen nunmehr ausnahmslos einbezogen, um insbesondere kleinere Krankenkassen bei dieser Aufgabe zu unterstützen. Systemübergreifend werden außerdem auch die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Fehlverhaltensbekämpfung beteiligt. Zudem werden die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verpflichtet, personenbezogene Daten untereinander und an andere Einrichtungen zu übermitteln und auszuwerten, soweit dies für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich oder zweckmäßig ist. In diesem Zusammenhang wird auch klargestellt, dass bei der Auswertung der Daten moderne Datenverarbeitungsmethoden, zum Beispiel Künstliche Intelligenz (KI), eingesetzt werden können. Auch werden Datenübermittlungsbefugnisse erweitert. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, auf der Grundlage eines von ihm einzuholenden externen Gutachtens ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen.

Der Regelungsentwurf sieht eine Ergänzung von § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V vor, um im SGB V ein einheitliches Begriffsverständnis bezüglich des Begriffes des „anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall“ sicherzustellen. Korrespondierend dazu ermöglicht eine Beendigungsregelung kraft Gesetzes für bestimmte, über die obligatorische Anschlussversicherung begründete freiwillige Mitgliedschaften, dass Personen mit Anspruch auf Asylbewerberleistungen nicht weiter mit Beitragsschulden belastet werden.

C. Alternativen

Dem unübersichtlichen Vertragswesen im Hilfsmittelbereich mit seiner Vielzahl an Verträgen und den damit verbundenen hohen administrativen Aufwänden hinsichtlich Vertragsschluss und -pflege könnte auch dadurch begegnet werden, dass künftig Versorgungsverträge wieder gemeinsam und einheitlich auf Landesebene geschlossen werden. Damit wäre jedoch eine erhebliche Einschränkung sowohl des Preis- als auch des Qualitätswettbewerbs verbunden. Die Gefahr von unvorhersehbaren Preissteigerungen und Qualitätseinbußen zugunsten eines bloßen Mindeststandards wäre gegeben. Um weiterhin kostensteuernde Anreize durch Vertragswettbewerb zu nutzen und die Möglichkeit individueller, qualitätsrelevanter Modifikationen beizubehalten, wird ein alternativer Weg bevorzugt: Die Schaffung eines Rahmenvertrages, mit dem die administrativen Inhalte der Verträge zur Hilfsmittelversorgung vereinheitlicht werden, soll die Transparenz erhöhen und die personellen, finanziellen und zeitlichen Aufwände minimieren.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Durch die Neuregelungen zu den Disease-Management-Programmen (DMP) entfallen beim BAS ab dem Jahr 2028 Aufgaben im Umfang von 6,78 Stellen.

Der Verzicht auf das bisherige, aufwendige Zulassungsverfahrens für DMP und die Verlagerung der Begleitung dieser Versorgungsform in den aufsichtsrechtlichen Bereich reduziert den bisherigen Aufwand des BAS im Umfang von 15,5 Stellen auf einen verbleibenden Aufwand von 8,72 Stellen. Dieser verbleibende Aufwand wird durch die Schaffung von Gebührentatbeständen für die Bestimmung von Schiedspersonen durch das BAS refinanziert, so dass sie im Bundeshaushalt insgesamt aufwandsneutral sind.

Für die Länder können durch den Wegfall der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme für die Aufsichtsführung über die landesunmittelbaren Krankenkassen ebenfalls Mehraufwände in geringem Umfang entstehen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen führen in der GKV sowohl zu Belastungen, so beispielsweise die Regelungen zur separaten Bedarfsplanung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, zur Ausweitung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V und zur Anrechnung von Vorerkrankungszeiten beim Anspruch auf Krankengeld bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, als auch zu Entlastungen, unter anderem durch die Regelungen der Zuzahlungsbefreiung, die Streichung der Evaluationspflicht im Bereich der Blankoverordnung für Häusliche Krankenpflege oder die Streichung der Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen. Weitere Maßnahmen haben ebenfalls Minderausgaben/Einsparungen sowie Mehrausgaben für die GKV zur Folge; teilweise sind die Beträge geringfügig oder nicht quantifizierbar. Insgesamt liegt das geschätzte Entlastungsvolumen im Jahr 2027 im einstelligen Millionenbereich. In den Jahren 2028 und 2030 wird die GKV jeweils in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages belastet. Durch die Regelung zur Datenübermittlung der Finanzämter an die Krankenkassen wird die GKV im Jahr 2030 insgesamt erneut entlastet und zwar um einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag.

Die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in den Rahmenvorgaben von 300 Euro, bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V beantragt werden sollen, ist kostenneutral. Zwar ergibt sich eine zusätzliche jährliche finanzielle Belastung der GKV durch Einführung einer Bagatellgrenze. Diese Mehrkosten werden jedoch durch die Reduzierung der bürokratisch aufwendigen Prüfverfahren ausgeglichen.

E. Erfüllungsaufwand

Die Entlastung von insgesamt 182,39 Millionen Euro jährlichem Erfüllungsaufwand für alle Normadressatengruppen ab dem Jahr 2030 unterliegt der „One-in-one-out“-Regel und beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben. Vor dem Jahr 2030 beträgt der jährliche Entlastungsbetrag geschätzte 100,83 Millionen Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger ergibt sich durch die Änderungen im Hilfsmittelbereich aufgrund des Verbots des Verzichts auf die Genehmigung bei der Hörhilfenversorgung und der Konkretisierung und Vereinheitlichung des Umgangs mit Energiekosten elektrischer Hilfsmittel eine jährlich geschätzte zeitliche Entlastung von 90.000 Stunden und eine Belastung von 300.000 Euro. Ab dem Jahr 2030 steigt die jährliche zeitliche Entlastung durch die Regelung zum Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Finanzämtern auf etwa 2 Millionen Stunden an.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die Regelungen ergibt sich ein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft einmalig in Höhe von rund 33,5 Millionen Euro, der ab dem Jahr 2030 auf 37 Millionen Euro ansteigt. Für die Wirtschaft ergibt sich eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 86,6 Millionen Euro, ansteigend ab dem Jahr 2030 auf 94,3 Millionen Euro.

Von dem vorgenannten einmaligen Erfüllungsaufwand entfallen auf den Hilfsmittelbereich rund 33,5 Millionen Euro; die Entlastung pro Jahr beträgt insoweit nahezu 73 Millionen Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Rund 62 Millionen Euro jährliche Entlastung entfallen auf Bürokratiekosten. Dies betrifft insbesondere die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, zum Bürokratierückbau und zur Vereinfachung der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Ab dem Jahr 2030 steigt dieser Entlastungsbetrag an Bürokratiekosten aus Informationspflichten durch die Regelung zum Bürokratierückbau in der gesetzlichen Qualitätssicherung auf rund 70 Millionen Euro an.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand von ungefähr 7,1 Millionen Euro. Dieser entsteht insbesondere durch die Regelung zum Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Finanzämtern, durch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags in der Hilfsmittelversorgung, die Anbindung verschiedener Akteure an die TI und durch die Neukonzeption der Prüfungen der RSA-Datenmeldungen.

Für die Verwaltung ergibt sich in den Jahren 2027 bis 2029 eine jährliche Entlastung beim Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 15 Millionen Euro. Im Jahr 2030 wächst dieser Entlastungsbetrag durch die Regelung zur Datenübermittlung der Finanzämter an die Krankenkassen nochmals auf etwa 88,4 Millionen Euro an.

Beim BAS entfällt durch die Neuregelungen zu den DMP ab dem Jahr 2028 Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt 6,78 Vollzeitäquivalenten. Durch weitere Regelungen wie beispielsweise Verfahrensvereinfachungen oder sonstige Maßnahmen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung ergeben sich für das BAS jährlicher Minderaufwand in Höhe von rund 383.000 Euro sowie ein einmaliger Mehraufwand in Höhe von rund 6.500 Euro.

Für die Steuerung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit ein laufender Verwaltungsaufwand, der aus den Mitteln des Zukunftsfonds nach § 394a SGB V getragen wird; der Bundeshaushalt wird dadurch nicht zusätzlich belastet.

Für die Verwaltung reduziert sich der jährliche Erfüllungsaufwand durch die Regelung zum Bürokratierückbau in der gesetzlichen Qualitätssicherung ab dem Jahr 2030 um rund 2 Millionen Euro. Auf Bundesebene entsteht etwa 1,8 Millionen Euro zusätzlicher Erfüllungsaufwand, während sich der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder (inkl. Kommunen) um etwa 3,8 Millionen Euro reduziert. Auf Bundesebene könnte weiterer jährlicher Erfüllungsaufwand in derzeit nicht abschätzbarer Höhe entfallen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt rund 950.000 Euro. Davon entfallen etwa 180.000 Euro auf den Bund und 770.000 Euro auf die Länder (inkl. Kommunen).

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf Bundesministerium für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist –, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

   „Soweit bei Renten nach § 33 Absatz 2 des Sechsten Buches die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht gegeben ist, endet der Zeitraum nach Absatz 1 Nummer 11 mit Rentenbeginn.“

   b) Absatz 8a wird durch den folgenden Absatz 8a ersetzt:

   „(8a) Nach Absatz 1 Nummer 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes oder wenn zumindest dem Grunde nach ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes besteht. Satz 2 gilt auch, wenn der An-spruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nummer 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger An-spruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.“

   c) Absatz 11 Satz 3 wird gestrichen.

2. § 8 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 3 wird gestrichen.

   b) Die Nummern 4 bis 7 werden zu den Nummern 3 bis 6.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Absatz 1a des Vierten Buches überschreitet.“

bb) Satz 6 wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten,“.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Wurde vor Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres eine gesetzliche Dienstpflicht des Kindes erfüllt, besteht die Versicherung für den entsprechenden Zeitraum der Dienstpflicht auch über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus fort. Satz 2 gilt auch bei Erfüllung eines freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten. Wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

4. § 15 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung, in § 15a oder in § 64f etwas anderes bestimmt ist.“

5. In § 15a Absatz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33“ die Angabe „sowie Medizinprodukte nach § 33b“ eingefügt.

6. § 17 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz 2 ersetzt:

„Satz 1 gilt entsprechend für

1. die nach § 10 versicherten Familienangehörigen,

2. Familienangehörige in Elternzeit, wenn sie wegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht familienversichert sind und

3. Familienangehörige, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versichert sind bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2,

soweit die Familienangehörigen das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.“

7. § 20i wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

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

   b) Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „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 weitere Schutzimpfungen haben“.

   c) Absatz 4 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „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.“

8. In § 20j wird die Überschrift durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 20j

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

9. § 23 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen; Verordnungsermächtigung“.

   b) 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 erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]. 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."

10. In § 24e Satz 2 wird die Angabe „§ 127 Absatz 4" durch die Angabe „§ 127 Absatz 9" ersetzt.

11. § 33 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

    „(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die für die Laienanwendung vorgesehen sind und im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Absatz 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Absatz 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch, eine Beratung zur Auswahl der für die konkrete Versorgungsituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und Dienstleistungen und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit einer dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. § 18b Absatz 3 des Elften Buches ist zu beachten."

b) Nach Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Satz 1 besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Ausnahmen zulassen.“

c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst auch die Übernahme der Kosten für die Energieversorgung elektrisch betriebener Hilfsmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere insbesondere zur Ermittlung der Energiekosten und zum Bemessungszeitraum in Richtlinien; er kann dabei auch Energiepauschalen vorsehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass durch die Richtlinien die Belange der Versicherten gewahrt bleiben und sie vor finanzieller Überforderung geschützt sind. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

d) Nach Absatz 5a Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ein Verzicht auf die Genehmigung beantragter Versorgung mit Hörhilfen ist ausgeschlossen.“

e) Nach Absatz 5c Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Absatz 5a bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Für die Empfehlung gelten die Vorgaben des § 360 Absatz 7 Satz 2 entsprechend. Die Vermutungswirkung nach Satz 1 entfällt, wenn die Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten] in Richtlinien das Nähere zum Verfahren und zu Form und Inhalt der Empfehlung nach Satz 1 fest. Die Richtlinien sind vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.“

f) § 33 Absatz 8 Satz 2 Halbsatz 2 wird gestrichen.

12. Nach § 33a wird folgender § 33b eingefügt:

„§ 33b

Besondere Medizinprodukte

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten im Sinne des Artikels 2 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2017/745, die nicht zur Anwendung durch Laien bestimmt sind und die im Einzelfall zur Durchführung von in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 aufgeführten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 oder von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c erforderlich sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendigen Zubehörteile. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nur auf solche Produkte, die im Verzeichnis nach Absatz 2 aufgeführt sind und nicht bereits Bestandteil anderer Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 sind.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt ein systematisch strukturiertes Verzeichnis der nach Absatz 1 erforderlichen Medizinprodukte und

veröffentlicht es auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis ist nach Anwendungsbereich und Produktgruppen zu gliedern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt auf Antrag des Herstellers Medizinprodukte in das Verzeichnis auf, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen.

(3) §§ 34 Absatz 4, 126, 127 und 302 gelten entsprechend.“

13. § 35a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird im Satzteil vor der Nummer 1 nach der Angabe „Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels“ die Angabe „vier Wochen nach einem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe oder vier Wochen nach dem Inkrafttreten einer Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 1a Satz 7 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.

b) In Absatz 5b Satz 1 wird nach der Angabe „Zulassung von mindestens einem neuen Anwendungsgebiet“ die Angabe „, ein Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe oder das Inkrafttreten einer Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 1a Satz 7 zur Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.

14. § 37 Absatz 9 und 10 wird gestrichen.

15. In § 39 Absatz 1a Satz 12 und § 40 Absatz 2 Satz 7 und Satz 8 wird jeweils die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

16. § 39a Absatz 1 Satz 11 bis 13 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen den Krankenkassen und den Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle der Nichteinigung der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt wird. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter“.

17. In § 39e Absatz 2 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

18. § 43a Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt. Satz 1 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.

(2) Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden. Satz 1 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.“

19. § 45 Absatz 2 Satz 5 wird durch den folgenden Satz 5 ersetzt:

„§ 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 2 bis 4, Absatz 5 und § 47b gelten entsprechend.“

20. In § 46 werden die Sätze 4 und 5 gestrichen.

21. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

„7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgegeben haben oder die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind;

der Ruhenszeitraum verkürzt sich um die Anzahl der Tage der vorhergehenden Arbeitsunfähigkeiten, wenn diese jeweils

a) wegen derselben Krankheit und

b) innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Beginn der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit bestanden und

für diese Zeiten ein Anspruch auf Krankengeld bestand, es sei denn, seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen.“

b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Das Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld für die in Absatz 1 Nummer 7 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Absatz 6 gewählt hat.“

22. § 53 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die ein Ruhen des Anspruchs nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 ausschließen oder den Zeitraum nach § 49 Absatz 1 Nummer 7 1. Halbsatz verkürzen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch um mindestens drei Wochen.“

b) Absatz 9 wird durch den folgenden Absatz 9 ersetzt:

„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmä-

ßig, mindestens alle fünf Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen."

23. In § 57 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 8 und Satz 9 wird jeweils die Angabe „§ 89" durch die Angabe „§ 71b" ersetzt.

24. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse hat auf den jährlichen Nachweis für die Dauer von mindestens drei Jahren zu verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Nach dem Ablauf von drei Jahren kann die Krankenkasse den weiteren Nachweis nach Satz 6 jeweils mit Abstand von drei Jahren erneut verlangen."

b) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 und 5 eingefügt:

„(4) Die Krankenkasse ist verpflichtet, Versicherte in geeigneter Form über die Belastungsgrenze und die Möglichkeit der Erteilung einer Bescheinigung nach Absatz 1 zu informieren. Versicherte, die bereits im laufenden Jahr von den Zuzahlungen befreit sind, erhalten die Unterlagen zur Stellung eines Antrags auf Befreiung zu Beginn eines Kalenderjahres von der Krankenkasse. Liegt eine Befreiung nach Absatz 5 vor, erhalten die Versicherten die Unterlagen nach Satz 2 zu Beginn eines Kalenderjahres, in dem ein neuer Antrag erforderlich wird.

(5) Versicherte, die in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren von den Zuzahlungen nach Absatz 1 befreit waren, haben für ein weiteres Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des Vorjahres zu leisten. Eine Vorlage der Nachweise nach Absatz 2 ist nicht erforderlich. Nach Ablauf des einjährigen Befreiungszeitraums nach Satz 1 ist die Zuzahlungsbefreiung nach Absatz 1 unter Einreichung der entsprechenden Nachweise erneut zu beantragen. Auf Antrag des Versicherten hat die Krankenkasse die Höhe der Belastungsgrenze auch im Fall des Satz 1 erneut zu ermitteln."

25. In § 63 Absatz 5 wird Satz 2 gestrichen.

26. § 64 Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt.

„Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Bereinigung der Vergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 71b oder die Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1 anrufen."

27. In § 64a Absatz 2 Satz 3 und § 64c Absatz 2 Satz 1 wird jeweils die Angabe „89a" durch die Angabe „71c" ersetzt.

28. § 64b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird gestrichen.

    b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden zu den Absätzen 2 und 3.

29. Nach § 64e wird der folgende § 64f eingefügt:

„§ 64f

Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können Vereinbarungen nach § 64 Absatz 1 über Leistungen der Physiotherapie schließen, bei denen es sich um die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie handelt. Zur Teilnahme an den Modellvorhaben nach Satz 1 berechtigt sind Personen, die

1. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Physiotherapeutin oder Physiotherapeut nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Krankengymnastin oder Krankengymnast nach § 16 Absatz 1 Satz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes besitzen,

2. nach § 124 Absatz 1 zur Versorgung zugelassen oder bei einem nach § 124 Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer tätig sind,

3. über eine entsprechende Berufserfahrung von fünf Jahren verfügen und

4. eine Ausbildung nach § 9a des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes erfolgreich absolviert haben.

(2) Leistungen der Physiotherapie nach Absatz 1 Satz 1 können ohne vorherige ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Diagnose erbracht werden. Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer führen dabei eigenverantwortlich die Patientenanamnese und die physiotherapeutische Diagnostik im Hinblick auf physiotherapeutische Behandlungen durch. Im Rahmen der physiotherapeutischen Diagnostik wird eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- oder Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns identifiziert, insbesondere werden absolute und relative Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung und die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnosestellung im Einzelfall erkannt und beachtet. Soweit absolute oder relative Kontraindikationen festgestellt werden, muss die versicherte Person zur differentialdiagnostischen Abklärung an eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt verwiesen werden. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Krankengymnastinnen und Krankengymnasten entscheiden auf der Grundlage der eigenen Patientenanamnese und der physiotherapeutischen Diagnostik eigenverantwortlich darüber, ob die Patientin oder der Patient einer physiotherapeutischen Behandlung bedarf und wenn dies der Fall ist, über die Art, die Dauer und die Frequenz der physiotherapeutischen Behandlung. Auf dieser Grundlage konkretisieren sie eigenverantwortlich den weiteren physiotherapeutischen Behandlungsprozess. Von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in den nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erlassenen Heilmittel-Richtlinien kann abgewichen werden.

(3) In der Vereinbarung nach Absatz 1 sind insbesondere festzulegen:

1. Vorgaben zur Sicherung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere die Anzahl der Behandlungseinheiten, nach denen eine zwingende Vorstellung der Patientin oder des Patienten bei einer Ärztin oder einem Arzt oder bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt zu erfolgen hat,

2. Maßnahmen zur Abrechnung, Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit sowie Übertragung wirtschaftlicher Verantwortung auf Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder auf Krankengymnastinnen und Krankengymnasten,

3. Inhalt und Umfang der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, Krankengymnastin oder Krankengymnast und Ärztin oder Arzt oder Zahnärztin oder Zahnarzt,

4. der Umfang, in dem die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder die Krankengymnastinnen und Krankengymnasten bei der Leistungserbringung von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erlassenen Heilmittel-Richtlinie abweichen dürfen.

(4) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend.“

30. § 65a Absatz 3 wird durch folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1a müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle fünf Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.“

31. In § 65c Absatz 6 Satz 8 wird die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

32. Vor § 69 wird der folgende Titel 1 eingefügt:

„Erster Titel

Anwendungsbereich und Grundsätze“.

33. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „, §§ 83 und 85“ gestrichen.

b) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 127 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2“ ersetzt.

34. Nach § 71 wird der folgende Titel 2 eingefügt:

„Zweiter Titel

Schiedswesen“.

35. Nach dem neuen Titel 2 werden die folgenden §§ 71a bis 71d eingefügt:

„§ 71a

Schiedsperson

(1) Kommt ein Vertrag nach §§ 39a Absatz 1 Satz 4, 73b Absatz 4 Satz 1, § 73d Absatz 1 Satz 1, 132 Absatz 1 Satz 1, 132a Absatz 4 Satz 1, 132b Absatz 1, 132d Absatz 1 Satz 1, Satz 2 und Satz 6, 132e Absatz 1 Satz 1, 132i Satz 1, 132k Satz 1 und 132l Absatz 5 Satz 1 nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen; dies gilt auch, wenn es auf einer oder auf beiden Seiten der Vertragspartner mehrere Beteiligte gibt.

(2) Einigen sich die Vertragspartner der in Absatz 1 Satz 1 genannten Verträge nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder für den vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Für die Erteilung des Bescheids zur Bestimmung der Schiedsperson sind kostendeckende Gebühren zu erheben.

(3) Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(4) Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

§ 71b

Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).

(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige Schiedsamt oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter gilt auch für das Bundesamt für Soziale Sicherung, sofern ihm die Entscheidungen der Schiedsämter gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten. Das Schiedsamt kann ergänzende Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen.

(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9, 10 Satz 3, 4 und 5 und Absatz 11 Satz 2 sowie die aufgrund des Absatzes 11 Satz 1 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9,10 Satz 1, 2, 4 und 5 und Absatz 11 Satz 2 sowie die aufgrund des Absatzes 11 Satz 1 erlassene Verordnung entsprechend.

§ 71c

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.

(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschrieben Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stell-

vertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsgremien gilt auch für das Bundesamt für Soziale Sicherung, soweit ihm die Entscheidungen der Schiedsgremien gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei ei-

nem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 5 und 6 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium kann ergänzende Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

§ 71d

Schiedsstelle, Verordnungsermächtigungen

(1) Kommt eine Vereinbarung nach §§ 75 Absatz 3b, 111 Absatz 2, Absatz 5 oder Absatz 7, 111a Absatz 1, 111c Absatz 1, Absatz 3 oder Absatz 5, 125 Absatz 1, 127 Absatz 1 und Absatz 4, 129 Absatz 2, 5c, 5d, 5e und 5h, 130b Absatz 1, 131 Absatz 1, 132a Absatz 1, 132e Absatz 1a, 132l Absatz 1, 134 Absatz 1, 134a Absatz 1, 300 Absatz 3 oder 346 Absatz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Inhalt durch die jeweils zuständige Schiedsstelle festgelegt. Die Festlegung erfolgt innerhalb von drei Monaten. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen, sofern nicht durch Rechtsverordnung oder Geschäftsordnung anders bestimmt.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Vereinbarungspartner in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für jedes Mitglied können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vereinbarungspartnern gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande oder bestellen die Vereinbarungspartner keine Vertreter, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 71b Absatz 5 Satz 7 und Absatz 6 Satz 3 bestellt. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre.

(3) Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, in der sie auch Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen kann. Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern. Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Aufsichtsbehörde. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Ausla-

gen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln. Handelt es sich um eine Landesschiedsstelle, so werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere nach Satz 1 zu regeln. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(6) Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle und Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.“

36. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „Kassenärztliche“ durch die Angabe „Vertragsärztliche“ ersetzt.

b) Nach Absatz 1a Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Satz 5 gilt entsprechend für Zusatzbezeichnungen, die nur mit einer kinder- und jugendmedizinischen Facharztbezeichnung geführt werden dürfen.“

c) Nach § 73 Absatz 2 Nummer 7a wird die folgende Nummer 7b eingefügt:

„7b. Verordnung von sonstigen Medizinprodukten nach § 33b“.

d) In Absatz 3, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 wird jeweils die Angabe „kassenärztlichen“ durch die Angabe „vertragsärztlichen“ ersetzt.

37. § 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt; abweichend von § 71a Absatz 1 Satz 1 setzt die Einleitung des Schiedsverfahrens einen Antrag der Gemeinschaft voraus.“

b) Absatz 4a wird gestrichen.

c) In Absatz 7 Satz 4 wird die Angabe „§ 89“ durch die Angabe „§ 71b“ ersetzt.

38. § 73d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33“ die Angabe „sowie Medizinprodukte nach § 33b“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Im Falle der Nichteinigung innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist wird der Vertragsinhalt auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine innerhalb eines Monats nach Antragsstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt. Einigen sich die Ver-

tragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, wird diese in Abweichung von § 71a Absatz 2 vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

39. § 75 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 3b Satz 4 wird gestrichen.

    b) Absatz 3c wird durch den folgenden Absatz 3c ersetzt:

    „(3c) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet abweichend von § 71d Absatz 2 Satz 4 das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat; die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen.“

40. In § 75a Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

41. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

    „(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können in ihren Satzungen Regelungen zur Durchführung von Sitzungen ihrer Organe und sonstigen Gremien als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung treffen.“

42. In § 85 Absatz 2c Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 71b Abs. 1“ ersetzt.

43. In § 86 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „den Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 9“ durch die Angabe „dem Rahmenvertrag nach § 127 Absatz 1“ ersetzt.

44. § 87 wird wie folgt geändert:

    a) Nach Absatz 1 Satz 15 werden die folgenden Sätze eingefügt:

    „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31. Dezember 2026 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Ärzte dazu verpflichten, Angaben, die für die Beantragung und die Begut-

achtung von genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen notwendig sind, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags für Ärzte zu verarbeiten. Für die elektronische Übermittlung der versichertenbezogenen Angaben nach Satz 18 ist ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 zu nutzen.“

b) In Absatz 1b werden die Sätze 6 und 7 gestrichen.

c) Nach Absatz 1c Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Für die Übermittlung der Daten nach Satz 4 durch den Vertragszahnarzt an den vertragszahnärztlichen Gutachter und die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung durch den vertragszahnärztlichen Gutachter an die Krankenkasse ist ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 verpflichtend ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu nutzen.“

d) In Absatz 2a Satz 4 wird die Angabe „quartalsbezogen“ durch die Angabe „auf Anforderung“ ersetzt.

e) In Absatz 2j Satz 1 wird die Angabe „§ 119b Absatz 1“ durch die Angabe „§ 119b Absatz 1 oder § 119b Absatz 1a“ ersetzt.

f) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 89“ durch die Angabe „§ 71b“ ersetzt.

g) In Absatz 5a Satz 3 wird die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

45. Kapitel 4 Abschnitt 2 Titel 5 wird gestrichen.

46. Nach § 90 Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Landesausschüsse können Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen.“

47. In § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses“ durch die Angabe „, zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zu den Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride Sitzungen oder als digitale Sitzungen“ ersetzt.

48. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 wird durch die folgende Nummer 15 ersetzt:

„15. Schutzimpfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.“

b) Nach Absatz 6a Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über Änderungen der in Satz 1 genannten Richtlinien, durch die eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien bewirkt wird und die zur Vereinfachung insbesondere für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorsehen."

c) In Absatz 7a wird die Angabe „§ 127 Absatz 9 Satz 1" durch die Angabe „§ 127 Absatz 1 Satz 1" ersetzt.

49. In § 92a Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „100 Millionen Euro" durch die Angabe „75 Millionen Euro" ersetzt.

50. In § 95 Absatz 13 Satz 1 wird die Angabe „§ 101 Abs. 3 Satz 1" durch die Angabe „§ 101 Absatz 4 und 4a" ersetzt.

51. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist."

bb) In Satz 6 wird die Angabe „Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann" durch die Angabe „Die Höhe des Versorgungsanteils kann der Gemeinsame Bundesausschuss aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen" ersetzt.

b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2026 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom … [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen."

52. § 105 Absatz 1a Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet und mindestens 20 vom Hundert der Mittel zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen eingesetzt werden.“

53. § 106 Absatz 3 Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen; die in den Sätzen 3 und 5 genannten Fristen gelten für die Beratungen entsprechend.“

54. § 106b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „durchgeführt“ die Angabe „und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal diese nicht beantragt“ eingefügt.

bb) In Satz 6 wird die Angabe „§ 89“ durch die Angabe „§ 71b“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 89“ durch die Angabe „§ 71b“ ersetzt.

55. § 106d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „durch die Kassenärztliche Vereinigung“ gestrichen.

bb) Der Satz 4 wird gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Anträge nach Absatz 4 Satz 1 sind innerhalb der in § 106 Absatz 3 Satz 4 genannten Fristen bei der in § 106c genannten Prüfungsstelle zu stellen. Die Prüfungsstelle nimmt eine Vorabprüfung des Antrags auf Grund der ihr vorliegenden Daten nach § 296 Absatz 1, 2 und 4 und § 297 Absatz 2 vor. Sie kann darüber hinaus für die Vorabprüfung weitere notwendige Daten von der Krankenkasse anfordern, sofern diese Daten bei der Krankenkasse vorliegen. Liefert die Krankenkasse die angeforderten Daten nicht innerhalb von zwei Monaten an die Prüfungsstelle oder kommt die Prüfungsstelle bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis, dass der Antrag unbegründet ist, hat sie den Antrag abzuweisen. Ansonsten leitet sie den Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung zur endgültigen Prüfung weiter. Die Prüfungsstelle hat innerhalb von sechs Monaten ab Antragseingang über den Antrag zu entscheiden. Die Kassenärztliche Vereinigung hat innerhalb von sechs Monaten ab Weiterleitung durch die Prüfungsstelle über den Antrag zu entscheiden. Erfolgt keine fristgemäße Entscheidung durch die Kassenärztliche Vereinigung, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen. Für Entscheidungen durch die Prüfungsstelle gilt § 106c Absatz 3.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absätzen 2 bis 4“ durch die Angabe „Absätzen 2 bis 4a“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4a folgen, müssen innerhalb von 30 Monaten ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; die Regelung des § 45 Absatz 2 des Ersten Buches findet keine entsprechende Anwendung.“

d) In Absatz 6 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 5 Satz 3 und“ die Angabe „bis spätestens ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] der Voraussetzungen“ eingefügt.

56. § 110 Absatz 1 Satz 7 bis 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Regelung des § 71a finden entsprechende Anwendung.“

57. § 110a wird durch den folgenden § 110a ersetzt:

„§ 110a

Qualitätsverträge

(1) Die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen können zu den in dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B2) festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) schließen, sofern keine gleich- oder höherwertigen Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 bestehen.Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen; eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig, bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte. Eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist ausgeschlossen, wenn gleich- oder höherwertige Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 bestehen. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags besteht nicht. Die Vertragsparteien nach Satz 1 sind befugt und verpflichtet, dem Institut nach § 137a die für die Untersuchung nach § 136b Absatz 8 Satz 1 und die Veröffentlichung nach § 136b Absatz 8 Satz 5 erforderlichen vertragsbezogenen Daten zu den Qualitätsverträgen zu übermitteln.

(2) Die Krankenkassen können für die Vorbereitung und Durchführung von Qualitätsverträgen je Qualitätsvertrag angemessene Ausgaben leisten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Ausgaben der Krankenkassen sowohl für die Vorbereitung als auch für die Durchführung der Qualitätsverträge angemessene Pauschalen fest, die den unterschiedlichen Aufwand der Krankenkassen insbesondere für Erarbeitung und Verhandlung der Vertragsinhalte und sämtliche Ausgaben der Krankenkasse zur Durchführung der Qualitätsverträge berücksichtigen. Die Regelungen nach Satz 2 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Oktober 2027 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen.“

58. § 111 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,

2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 31. Dezember 2022 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5,

3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4 und

4. die Ausgestaltung einer barrierefreien Rehabilitation.“

b) Satz 4 und 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 2 anrufen.“

59. § 111b wird durch den folgenden § 111b ersetzt:

„§ 111b

Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle gemäß § 71d. Die Schiedsstelle besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1 in gleicher Zahl. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d, die in Angelegenheiten nach § 111 Absatz 7, § 111a Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 111 Absatz 7 sowie nach § 111c Absatz 5 entscheidet. Die Schiedsstelle besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus Vertretern der jeweiligen Rahmenempfehlungspartner nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder § 111c Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und von deren Stellvertretern durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

60. § 111c Absatz 5 Satz 4 und 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 2 anrufen.“

61. § 113 Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die in Satz 1 genannte Prüfung kann durch die Prüfungsstelle nach § 106c entsprechend §§ 106 bis 106b gegen Kostenersatz durchgeführt werden, soweit dies in Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 geregelt wird und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in ihren Verträgen nach § 120 Absatz 2 Satz 2 mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land nichts anders vereinbart haben. Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c entsprechend §§ 106 bis 106b gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.“

62. § 114 wird durch den folgenden § 114 ersetzt:

„§ 114

Landesschiedsstelle

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle gemäß § 71d. Die Schiedsstelle besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.“

63. In § 115 Absatz 3 wird die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

64. In § 115a Absatz 3 Satz 5 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

65. In § 115b Absatz 3 wird die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

66. In § 115d Absatz 2 Satz 2 und § 115e Absatz 3 Satz 5 und Absatz 4 Satz 2 und § 115g Absatz 3 Satz 3 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

67. In § 116b Absatz 6 Satz 7 und § 117 Absatz 1 Satz 5 wird jeweils die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

68. § 118 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

    b) Nach Absatz 3 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

    „Im Zeitraum bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 23. Kalendermonats nach Inkrafttreten] kann die Überweisung auch durch einen Hausarzt erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluiert die Auswirkungen der Überweisungsmöglichkeit nach Satz 5 auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 17, Kalendermonats nach Inkrafttreten] über die Ergebnisse der Evaluation. Die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anforderung die hierfür erforderlichen Leistungsdaten in anonymisierter Form zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überprüfen die Festlegung der Gruppe der Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen, und teilen dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis der Überprüfung bis zum … [einsetzen: letzter Tag des achten Monats nach Inkrafttreten] mit.“

69. In § 118a Absatz 2 Satz 2 und § 118b Satz 3 wird jeweils die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

70. § 119 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Weiterversorgung junger Volljähriger bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder und Jugendlichen sowie auf die Weiterbehandlung junger Volljähriger bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, auszurich-

ten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten."

71. § 119b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird der folgende 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 Satz 2 bis 8 ist sinngemäß anzuwenden mit folgenden Maßgaben:

1. die Verträge nach Satz 1 betreffen die vertragszahnärztliche Versorgung,

2. eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung von Leistungsberechtigten in den Fällen des Satzes 1 mit angestellten Zahnärzten bezieht sich auf Zahnärzte, die in das Arztregister eingetragen sind,

3. an die Stelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft tritt eine für die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe verantwortliche Fachkraft."

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 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 nach Absatz 1a auf Bundesebene sowie den maßgeblichen Organisationen der Berufe, die an der Versorgung von Leistungsberechtigten in den Fällen des Absatzes 1a beteiligt sind, 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."

c) Die bisherigen Absätze 2a und 2b werden zu den Absätzen 2b und 2c.

d) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 und Absatz 1a verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen und von Leistungsberechtigten in den Fällen des Absatzes 1a. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren

1. in stationären Pflegeeinrichtungen erstmals bis zum 30. Juni 2019 und ab dem Bericht im Jahr 2028 bis zum 30. September,

2. 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 2031.“

72. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 wird nach der Angabe „Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3“ die Angabe „bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 18. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]“ eingefügt.

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Satz 1 oder nach Absatz 2 Satz 2 oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest; im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Landeskrankenhausschiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.“

c) Absatz 5 wird durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:

„(5) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 3 ganz oder teilweise nicht innerhalb der vorgegebenen Frist zustande, ist die Vergütung der Leistungen für die keine Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 3 besteht pauschal um 1 Prozent zu kürzen bis die entsprechende Vereinbarung geschlossen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Absatz 3 Satz 3 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.

(6) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfasst, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.“

73. § 124 Absatz 5 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend; einer Anerkennung der Verträge nach § 125 Absatz 1 bedarf es nicht.“

74. § 125 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach der Nummer 7 die folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch die Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt,“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz eingefügt:

„Die Vertragspartner nach Absatz 1 haben die Verträge bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] um die Regelung nach Satz 1 Nummer 7a zu ergänzen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest.“

c) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Auf Seiten der Heilmittelerbringer erfolgt die Besetzung der Schiedsstelle für jeden Leistungsbereich getrennt voneinander. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 71b Absatz 7 Satz 3 entsprechend. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

75. § 126 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 127 Absatz 1 und 3“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 4 und 8“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „§ 127 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 8“ ersetzt.

bb) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Während der Geltungsdauer des Zertifikats erfolgen keine Überwachungstätigkeiten in Form von Betriebsbegehungen. Solche weitergehenden Überprüfungen sind nur bei Vorliegen eines besonderen Anlasses zulässig.“

cc) In dem neuen Satz 11 wird nach der Angabe „den Krankenkassen“ die Angabe „, den Stellen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ eingefügt.

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

„(1c) Abweichend von Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz haben stationäre Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches besteht, keinen Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 zu führen, soweit sie aufsaugende Inkontinenzhilfen präqualifizierter Leistungserbringer an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben.

(1d) Leistungserbringer, die keinen Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 zu führen haben, sind verpflichtet sich dies durch eine Präqualifizierungsstelle bestätigen zu lassen. Die Präqualifizierungsstellen haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich entsprechend seiner Vorgaben hierüber einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten. Absatz 1a Satz 9 gilt entsprechend.“

76. § 127 wird durch den folgenden § 127 ersetzt:

„§ 127

Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen bis zum ... [einsetzen: 18 Monate nach Inkrafttreten] einen Rahmenvertrag zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung. Sofern erforderlich können Inhalte des Rahmenvertrages produktgruppen- oder versorgungsbereichsspezifisch festgelegt werden. In diesem Fall wirken auf Seiten der Leistungserbringer nur die für die Vertretung der Interessen der jeweils betroffenen Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene mit. Im Rahmenvertrag nach Satz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die einheitliche und formale Ausgestaltung sowie Verwendung von Formularen und Dokumentationsbögen,

2. die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Dauerversorgungen,

3. einheitliche Vorgaben zu Art, Umfang und Übermittlung der abrechnungsbegründenden Unterlagen, wobei festzulegen ist, dass eine elektronische Übermittlung zu erfolgen hat,

4. Mindestgenehmigungsfreigrenzen für Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis, wobei produktgruppenspezifische Unterschiede vereinbart werden können,

5. das Nähere zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten,

6. die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronsicher Form, die

   a) festzulegen haben, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen, und

   b) mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86 vereinbar sein müssen,

7. die notwendigen Regelungen für die Verwendung elektronischer Kostenvoranschläge, die festzulegen haben, dass für die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen

8. Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung,

9. die notwendigen Regelungen über den Austausch der für die ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlichen Versichertendaten, zu denen insbesondere die Informationen zu Zuzahlungsbefreiung und der Lieferanschrift unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben gehören.

Im Rahmenvertrag nach Satz 1 können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Der Inhalt des Rahmenvertrags nach Satz 1 ist verbindlicher Bestandteil der Verträgen nach Absatz 4 und 6. Mit Abschluss des Rahmenvertrags nach Satz 1 wird der Inhalt der Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln vom 19. November 2019 aufgehoben.

(2) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 18. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] oder bis zum Ablauf einer von den Vertragsparteien vereinbarten Vertragslaufzeit zustande, wird der Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 3 festgesetzt. Die Schiedsstelle nach Absatz 3 kann von den Vertragsparteien oder dem Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden, wenn eine Anpassung des Rahmenvertrages nicht innerhalb von drei Monaten nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, zustande kommt oder eine Anpassung des Rahmenvertrages an geänderte gesetzliche Vorgaben nicht innerhalb von drei Monaten nach deren Inkrafttreten erfolgt. Sie hat innerhalb von drei Monaten ab Anrufung über die streitigen Inhalte zu entscheiden. Soweit die Festsetzung des Inhalts nach Absatz 1 nur einzelne Versorgungsbereiche oder Produktgruppen betrifft, wirken als Vertreter der Leistungserbringer nur Vertreter der jeweils betroffenen Leistungserbringer in der Schiedsstelle mit. Der bisherige Rahmenvertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Bei der Besetzung der Schiedsstelle auf Seiten der Leistungserbringer ist eine ausreichende Repräsentation der verschiedenen Versorgungsbereiche sicherzustellen. Für jedes Mitglied werden zwei Stellvertreter bestellt. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können vom Bundesministerium für Gesundheit aus wichtigem Grund abberufen werden. Die Aufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Mitglieder tragen die Vertragsparteien selbst.

(4) Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringender, notwendiger

Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die weiteren zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringender, notwendiger Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist auf einem geeigneten Portal der Europäischen Union oder mittels einem vergleichbaren unionsweit publizierenden Medium unionsweit öffentlich bekannt zu machen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. September 2020 ein einheitliches, verbindliches Verfahren zur unionsweiten Bekanntmachung der Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, fest. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.

(5) Im Fall der Nichteinigung wird der streitige Inhalt der Verträge nach Absatz 4 auf Anruf einer der Verhandlungspartner durch die Schiedsstelle nach Absatz 3 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungswege nachweisen kann. Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort. Legt die Schiedsstelle Preise fest, hat sie diese so festzusetzen, dass eine in der Qualität gesicherte, ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. Zur Ermittlung hat die Schiedsstelle insbesondere die Kalkulationsgrundlagen der jeweiligen Verhandlungspartner und die marktüblichen Preise zu berücksichtigen. Die Verhandlungspartner sind verpflichtet, der Schiedsstelle auf Verlangen alle für die zu treffende Festlegung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

(6) Für jede Hilfsmittelversorgung nach § 33, die im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 begonnen wurde, dürfen Leistungserbringer nur einen Preis abrechnen, der um drei Prozent im Vergleich zu dem nach den Absätzen 4 oder 8 vertraglich vereinbarten Preis gemindert ist. Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Bei fortlaufenden oder wiederkehrenden Versorgungen gilt jede einzelne Leistungserbringung oder Einzellieferung als gesonderte Versorgung, für die nur ein nach Satz 1 geminderter Preis abgerechnet werden darf, sofern die gesonderte Versorgung in dem in Satz 1 genannten Zeitraum begonnen wurde.

(7) Den Verträgen nach Absatz 4 Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Hierbei sind entsprechend Absatz 4 Satz 2 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige

Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. § 126 Absatz 1a und 2 bleibt unberührt.

(8) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 4 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.

(9) Sofern für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen nach Absatz 4 oder dem Schiedsverfahren nach Absatz 5 zugrunde zu legen. Die für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach Absatz 4 vereinbarten oder nach Absatz 5 festgesetzten Preise dürfen den jeweiligen zum Beginn der Vertragsverhandlungen geltenden Festbetrag in begründeten Fällen wie folgt über- oder unterschreiten:

1. Um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag noch nicht nach § 36 Absatz 4 Satz 9 angepasst wurde,

2. Um bis zu 15 Prozent, wenn der Festbetrag auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene nach § 36 Absatz 4 Satz 10 überprüft wird, und

3. In allen anderen Fällen um bis zu 10 Prozent.

Eine Über- oder Unterschreitung nach Satz 2 ist begründet, wenn Besonderheiten der jeweiligen Versorgung, der Versorgungsstruktur oder der vertragliche vereinbarten Leistungen eine Abweichung vom Festbetrag sachlich rechtfertigen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn besondere Versorgungs-, Qualitäts- oder Serviceleistungen erprobt oder sichergestellt werden sollen und durch deren Erprobung oder Sicherstellung die Qualität der Versorgung verbessert werden kann.

(10) Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und damit verbundenen zusätzlich zur Bereitstellung erforderlichen Dienstleistungen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 in Textform zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die Beratungsdokumentation ist den Krankenkassen ausschließlich elektronisch zu übermitteln. Das Nähere ist in den Verträgen nach Absatz 4 zu regeln. Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 9 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren.

(11) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über ihre Rechte, Pflichten und Ansprüche im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung einschließlich der Einzelheiten des Beschaffungsweges zu informieren. Die Krankenkassen haben allen Versicherten aktuelle Informationen über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner sowie die für eine informierte Leistungsentscheidung wesentlichen Vertragsinhalte bereitzustellen. Als wesentlich im Sinne des Satzes 2 gelten eine anwenderorientierte Produktbezeichnung, die Versorgungsregion, Angaben zur Barrierefreiheit, Angaben zur Erreichbarkeit des Leistungserbringers und Angaben zu den jeweiligen Versor-

gungs- und Liefermodalitäten, soweit sie tatsächlich Vertragsinhalt geworden sind. Die Krankenkassen können auch den Vertragsärzten die nach Satz 1 bis 3 entsprechenden Informationen zur Verfügung stellen.

(12) Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen, insbesondere in Form von Versichertenbefragungen, durch. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Die Übermittlung hat elektronisch zu erfolgen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. Den Prüfungen nach Satz 1 ist ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde zu legen, der insbesondere eine Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung durch die Krankenkassen an die Leistungserbringer umfasst. Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.

(13) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen Versorgungsbereich fest, in dem die Krankenkassen im folgenden Jahr zwingend Prüfungen nach Absatz 12 durchzuführen haben. Bei der Wahl des Versorgungsbereichs sind insbesondere die Zahl der Versorgungsfälle, eine hohe Anzahl von Mehrkostenfällen, ein hoher Dienstleistungsanteil sowie Hinweise auf Versorgungsdefizite im jeweiligen Versorgungsbereich einzubeziehen. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.

(14) Die Krankenkassen übermitteln bis zum 30. Juni des auf die Festlegung nach Absatz 13 folgenden Kalenderjahres die anonymisierten Ergebnisse der Stichprobenprüfungen und durchgeführter Auffälligkeitsprüfungen unter Angabe der angewendeten Instrumente sowie der bei Vertragsverstößen ergriffenen Gegenmaßnahmen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Auf Grundlage der übermittelten Informationen veröffentlicht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Internet für jedes Kalenderjahr bis zum 30. November des auf die Festlegung nach Absatz 13 folgenden Kalenderjahres einen Bericht zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung.

(15) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt bis zum [4 Monate nach Inkrafttreten] in Richtlinien die Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten, insbesondere Versichertenbefragungen, und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind und wie die Ergebnisse mit den Leistungserbringern auszuwerten sind. Die Inhalte der Richtlinien nach Satz 1 sind den Prüfungen nach Absatz 12 verbindlich zugrunde zu legen.“

77. § 128 Absatz 4a Satz 2 wird gestrichen.

78. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker bilden eine gemeinsame Schiedsstelle nach § 71d. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Apotheker in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Aufsicht über die Geschäftsführung führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

b) Die Absätze 9 und 10 werden gestrichen.

79. § 130b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Wird aufgrund einer Nutzenbewertung nach einem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 oder nach dem Inkrafttreten einer Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser ab dem siebten Monat nach dem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 oder nach dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7.“

bb) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „In den Fällen des Satzes 2, 3, 4, 5, 6 oder des Satzes 8“ durch die Angabe „In den Fällen des Satzes 2, 3, 4, 5, 6, 7 oder des Satzes 9“ ersetzt.

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

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung des Beschlusses nach § 35a Absatz 3 oder nach § 35b Absatz 3 zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 5 den Vertragsinhalt fest. Die Schiedsstelle entscheidet unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalls und berücksichtigt dabei die Besonderheiten des jeweiligen Therapiegebietes. Der im Schiedsspruch festgelegte Erstattungsbetrag gilt ab dem siebten Monat nach dem in Absatz 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6, 7 oder Satz 9 jeweils genannten Ereignis mit der Maßgabe, dass die Differenz zwischen dem von der Schiedsstelle festgelegten Erstattungsbetrag und dem tatsächlich gezahlten Abgabepreis einschließlich der zu viel entrichteten Zuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung und der zu viel entrichteten Umsatzsteuer bei der Festsetzung entsprechend Absatz 3a Satz 10 auszugleichen ist. Die Schiedsstelle gibt dem Verband der privaten Krankenversicherung vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. Absatz 1 Satz 6 gilt entsprechend.“

c) In Absatz 4a Satz 1 wird die Angabe „nach Absatz 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6 oder Satz 8“ durch die Angabe „nach Absatz 3a Satz 2, 3, 4, 5, 6, 7 oder Satz 9“ ersetzt.

d) Die Absätze 5 und 6 werden durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Sie besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus jeweils zwei Vertretern der Vertragsparteien nach Absatz 1. Die Vertreter der Vertragsparteien nach Absatz 1 werden von diesen für die Dauer des jeweiligen Verfahrens bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Verbänden nach Satz 1 gemeinsam bestellt. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen.

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Geschäftsordnung nach § 71d Absatz 3 Satz 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Benehmen nach § 71d Absatz 3 Satz 2 ist mit den Verbänden nach Absatz 5 Satz 1 herzustellen.“

80. § 131 Absatz 3 bis 3c wird durch die folgenden Absätze 3 bis 3b ersetzt:

„(3) Besteht bereits ein Rahmenvertrag nach Absatz 1, ist dieser von den Vertragsparteien bis zum 1. November 2021 an die geänderten Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 anzupassen. Kommt ein Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Vertragsinhalt insoweit auf Antrag einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 durch die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 3a im Benehmen mit den Vertragsparteien festgesetzt. Die Schiedsstelle gibt den Verbänden nach Absatz 1 Satz 4 vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 2 entsprechend.

(3a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Sie besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus jeweils sechs Vertretern der Vertragsparteien nach Absatz 1. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Verbände nach Satz 1 einigen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

(3b) Der Rahmenvertrag nach Absatz 1 oder ein Schiedsspruch nach Absatz 3 kann von einer Vertragspartei frühestens nach einem Jahr gekündigt werden. Der Rahmenvertrag oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Rahmenvertrages oder eines Schiedsspruches fort. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

81. § 132 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Einrichtungen oder Unternehmen darf bis zum 29. Juli 2028 abweichend von Satz 2 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die

Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 3 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

82. § 132a Absatz 2 bis 4 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt.

„(2) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 71d anrufen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für tarifgebundene Leistungserbringer darf bis zum 29. Juli 2028 abweichend von Satz 7 die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 nicht übersteigt. Satz 8 gilt auch für entsprechende Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Ab-

satz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“

83. § 132b wird durch den folgenden § 132b ersetzt:

„§ 132b

Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Absatz 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a festgesetzt.

(2) Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

84. § 132d Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Im Falle der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a festgesetzt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 in Abweichung von § 71 Absatz 2 vom Bundesamt für soziale Sicherung bestimmt.

(2) Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

85. § 132e Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen, Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i. Als Gemeinschaften im Sinne des Satzes 1 gelten auch Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die Schutzimpfungen nach § 20i durchführen. Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit

1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder deren Gemeinschaften,

2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften und

3. den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen.

In Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin, Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vorzusehen. In Verträgen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen sind insbesondere folgende Regelungen vorzusehen:

1. Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst,

2. Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind,

3. Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) und

4. Regelungen zur Übernahme der für die Beschaffung von Impfstoffen anfallenden Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Krankenkassen für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind.

Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 1, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a den jeweiligen Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der Frist in Satz 6 gemäß § 71a Absatz 2 Satz 1 auf eine Schiedsperson, informiert die vertragsschließende Krankenkasse oder der vertragsschließende Verband hierüber unverzüglich die zuständige Aufsichtsbehörde. Abweichend von § 73a Absatz 2 Satz 1 legt die zuständige Aufsichtsbehörde die Schiedsperson innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Mitteilung nach Satz 7 fest. Abweichend von § 73a Absatz 1 Satz 1 legt die Schiedsperson den Vertragsinhalt innerhalb eines Monats nach der Bestimmung zur Schiedsperson fest. Endet ein Vertrag nach Satz 1 oder endet eine Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung, so gelten seine oder ihre Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter. Sofern erstmalig Verträge über die Versorgung mit Schutzimpfungen abgeschlossen werden, hat sich die Vergütung für die Durchführung der Schutzimpfung an bereits bestehenden Verträgen für vergleichbare Schutzimpfungen zu orientieren.“

86. § 132i wird durch den folgenden § 132i ersetzt:

„§ 132i

Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren

Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen mit ärztlichen Einrichtungen, die auf die qualitätsgesicherte Behandlung von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie durch hämostaseologisch qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte spezialisiert sind, oder mit deren Verbänden Verträge über die Behandlung von Versicherten mit Gerinnungsstörungen bei Hämophilie. In diesen Verträgen soll die Vergütung von zusätzlichen, besonderen ärztlichen Aufwendungen zur medizinischen Versorgung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen bei Hämophilie, insbesondere für die Beratung über die Langzeitfolgen von Gerinnungsstörungen, die Begleitung und Kontrolle der Selbstbehandlung, die Dokumentation nach § 14 des Transfusionsgesetzes und die Meldung an das Deutsche Hämophilieregister nach § 21 Absatz 1a des Transfusionsgesetzes sowie für die Notfallvorsorge und -behandlung geregelt werden. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson gemäß § 71a festgelegt. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

87. § 132k Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a festgesetzt. Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

88. § 132l wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 3 wird gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Leistungserbringern nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d SGB V. Sie besteht abweichend von § 71d Absatz 2 SGB V aus sechs Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Leistungserbringer nach Absatz 5 Nummer 3 und der Pflegedienste sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied werden zwei Stellvertreter bestellt. Kommt eine Einigung der Rahmenempfehlungspartner über die Mitglieder nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die beiden unparteiischen Mitglieder haben je drei Stimmen. Jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

c) Nach Absatz 5 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson nach § 71a festgelegt.“

d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Endet ein Vertrag nach Absatz 5 und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson gemäß § 71a vorläufig weiter.“

89. In § 132m wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

90. § 134 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht innerhalb von neun Monaten nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 71d und § 134 die Vergütungsbeträge fest. Wenn durch eine Verzögerung des Schiedsverfahrens die Festlegung der Vergütungsbeträge durch die Schiedsstelle nicht innerhalb von drei Monaten erfolgt, ist von der Schiedsstelle ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Abgabepreis nach Absatz 5 und dem festgesetzten Vergütungsbetrag für den Zeitraum nach Ablauf der drei Monate nach Satz 1 bis zur Festsetzung des Vergütungsbetrags vorzusehen. Die Schiedsstelle entscheidet unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalls und be-

rücksichtigt dabei die Besonderheiten des jeweiligen Anwendungsgebietes. Die Schiedsstelle gibt dem Verband der Privaten Krankenversicherung vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Frühestens ein Jahr nach Festsetzung der Vergütungsbeträge durch die Schiedsstelle können die Vertragsparteien eine neue Vereinbarung über die Vergütungsbeträge nach Absatz 1 schließen. Der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort."

b) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 bis 4 ersetzt:

„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d SGB V. Sie besteht neben den unparteiischen Mitgliedern aus jeweils zwei Vertretern der Krankenkassen und der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 139e Absatz 9 Nummer 7.

(4) Die Verbände nach Absatz 3 Satz 1 treffen eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge. Bei der Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach § 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 erbracht ist. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 3 die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Absatz 3 Satz 1 fest. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 3 entsprechend."

91. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 71d. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Hebammen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat; die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. § 71d Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 1 und 4 finden keine Anwendung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zu Stande, gilt der bisherige Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle vorläufig weiter. Für die nach dem erstmaligen Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1e oder einer Schiedsstellenentscheidung nach Satz 6 zu treffenden Folgeverträge gelten die Sätze 1 und 6."

b) Absatz 4 wird gestrichen.

c) Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4.

92. § 136b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 4 wird gestrichen.

b) Absatz 8 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesauschuss hat das Institut nach § 137a bei den in dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B2) ausgewählten Leistungen oder Leistungsbereichen mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität während des Erprobungszeitraums zu beauftragen.“

93. In § 137e Absatz 4 Satz 8 wird die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

94. Nach § 137g Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Ab dem … [einsetzen: Datum des Tages des Inkrafttretens nach Artikel X Absatz 1 dieses Gesetzes] können die Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme auch ohne Zulassung nach Absatz 1 anbieten, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 genannten Anforderungen erfüllen. Anträge auf Erteilung einer Zulassung nach Absatz 1, deren abschließende Bearbeitung bis zum 31. Dezember 2027 zu erwarten ist, können weiterhin gestellt oder aufrechterhalten werden.“

95. In § 137i Absatz 1 Satz 11 und Absatz 4 Satz 5 und § 137j Absatz 2 Satz 3 und § 137k Absatz 4 Satz 4 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

96. § 139 Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden, notwendigen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 zu regeln.“

97. § 173 Absatz 2a wird durch den folgenden Absatz 2a ersetzt:

„(2a) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See stellt in ihrer Satzung Richtlinien für die Gewährleistung der Mehrleistungen für ihre Versicher-

ten auf. Dies gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.“

98. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird jeweils nach der Angabe „Mitgliedschaft“ die Angabe „oder eine Familienversicherung“ eingefügt.

b) Nach Absatz 6 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„In das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen ist insbesondere die Übermittlung von Daten zur Erfüllung der Meldeverpflichtungen der Krankenkassen gegenüber Dritten nach § 199a Absatz 4 und § 201 einzubeziehen.“

99. Nach § 175 wird der folgende § 175a eingefügt:

„§ 175a

Krankenkassenwechsel bei Familienversicherung

(1) Bei einem Wechsel der Krankenkasse eines Familienangehörigen, für den bis zur Begründung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung durchgeführt wurde, informiert die neue Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über ihre Zuständigkeit. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der neuen Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Versicherung.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den Datensätzen und zu übermittelnden Daten für das Meldeverfahren nach Absatz 1; § 175 Absatz 6 Satz 2 gilt entsprechend. Absatz 1 gilt nicht, wenn die Familienversicherung bei der neuen Krankenkasse aus der gleichen Mitgliedschaft abgeleitet wird wie bei der bisherigen Krankenkasse. In diesen Fällen ist die Übermittlung der nach §§ 304 Absatz 2, 199a Absatz 4 und 201 erforderlichen Daten für Familienangehörige in das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 für das Mitglied einzubeziehen.“

100. § 191 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Absatz 4),“.

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

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. mit der Inhaftierung des Mitglieds, während deren Dauer das Mitglied Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge in Haft hat, zu dem Zeitpunkt, in dem über das Mitglied keine Angehörigen nach § 10 versichert sind oder“.

d) Nach der neuen Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. mit Vorliegen der Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10.“

e) Nach dem Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei einer Berufung in das Beamtenverhältnis wird die Kündigung nach Nummer 3 mit Ablauf des Vortages der Aushändigung der Ernennungsurkunde wirksam, wenn sie innerhalb von drei Monaten nach Aushändigung erklärt wird. Bei einer Beendigung nach Nummer 5 kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach Inhaftierung erklären, dass die freiwillige Versicherung fortgeführt wird. Bei einer Beendigung nach Nummer 6 kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach der Feststellung nach § 289 erklären, dass die freiwillige Versicherung fortgeführt wird.“

101. § 197a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Krankenkassen, ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Absatz 4 des Zehnten Buches wahr. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen haben Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung und das Nähere zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen.

(1a) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen sollen gemeinsam automatisierte Anwendungen zur Datenverarbeitung, einschließlich KI-Modelle und KI-Systeme, für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 entwickeln.“

b) Die Absätze 3 und 3a werden durch die folgenden Absätze 3 und 3a ersetzt:

„(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 1a untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Krankenversicherung zuständig sind, zusammenzuarbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustauschs sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 sollen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a erhoben oder an sie übermittelt werden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln und auswerten, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 1a und Absatz 3 erforderlich oder zweckmäßig ist. Die Vorgaben für die Verarbeitung von Sozialdaten zum Zwecke der

Entwicklung von KI-Modellen oder KI-Systemen nach § 67c Absatz 3 des Zehnten Buches gelten für die Datenverarbeitung nach Absatz 1a entsprechend. Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie übermittelt worden sind. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen dürfen auch die ihnen von anderen in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen übermittelten Daten innerhalb der Bestimmungen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 3 auswerten."

c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 4 und 5 werden durch die folgenden Nummern 4 bis 7 ersetzt:

„4. den Medizinischen Dienst,

5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind,

6. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden und

7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Krankenversicherung zuständig sind."

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an andere in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist."

d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7ersetzt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,

2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,

3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,

4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3, 3a und 3b,

5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und

6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines von ihm zu beauftragenden Gutachtens bis zum <Datum eintragen: 12 Monate nach Inkrafttreten> ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen Datenbank vor, die den Krankenkassen Informationen über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zur Verfügung stellt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Das Konzept hat insbesondere zu beinhalten:

1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Betrugspräventionsdatenbank an eine bestimmte Stelle,

2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Betrugspräventionsdatenbank erfasst werden sollen, einschließlich Empfehlungen zu den Anforderungen an die einzutragenden Informationen,

3. Vorschläge, welche Stellen einen aktiven Zugriff auf die Betrugspräventionsdatenbank erhalten können und wie diese Stellen neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen können, und

4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Probleme bei dem Aufbau und dem Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank sowie möglicher Lösungsoptionen.“

102. § 201 wird durch den folgenden § 201 ersetzt:

„§ 201

Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben. Die Krankenkasse hat aufgrund der Meldung nach Satz 2 und während des Bezugs der Rente dem Rentenversicherungsträger die für den Einbehalt und die Zahlung der Beiträge aus der Rente relevanten Umstände zu melden.

(2) Wählen Rentner oder Rentenantragsteller eine andere Krankenkasse oder wird für sie eine Krankenkasse kraft Gesetzes zuständig, hat die neu zuständige Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich zu melden.

(3) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden:

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,

2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrags,

3. bei Ablehnung des Rentenantrags den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,

4. Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente,

5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente sowie

6. Beginn und Ende eines Widerspruchs- oder Sozialgerichtsverfahrens.

(4) Wird der Rentner oder Rentenantragsteller versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich zu melden. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Mitgliedschaft aus einem anderen Grund als den in Absatz 3 Nummer 4 genannten Gründen endet.

(5) Die Meldungen sind durch elektronische Datenübertragung zu erstatten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung.“

103. Nach § 206 Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Krankenkassen haben öffentliche oder öffentlich geförderte Stellen, die Personen mit klärungsbedürftigem Krankenversicherungsstatus bei der Klärung und Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes unterstützen, über gesonderte Kontaktwege zu beraten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln das Nähere zu den Kontaktwegen und können Kooperationsvereinbarungen mit den öffentlichen und öffentlich geförderten Stellen, die Personen bei der Klärung und Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes unterstützen, abschließen.“

104. Nach § 206 wird der folgende § 206a eingefügt:

„§ 206a

Meldepflichten bei freiwillig Versicherten, Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 und Familienversicherten

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

1. nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn und Betrag der Werbungskosten),

2. selbständiger Arbeit,

3. Gewerbebetrieb,

4. Vermietung und Verpachtung,

5. Land- und Forstwirtschaft,

6. Kapitalvermögen,

7. die Einkünfte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 Einkommenssteuergesetz mit Ausnahme der nach den §§ 201 und 202 meldepflichtigen Einkünfte,

8. die Korrekturbeträge im Sinne des § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz und

9. den Betrag der nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 Einkommenssteuergesetz abziehbaren Kinderbetreuungskosten, sofern Einkünfte nach den Nummern 2, 3 oder 5 vorliegen,

in elektronischer Form zu übermitteln. Die Anforderung der Krankenkasse bei der Finanzbehörde nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der Anforderung innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse widerspricht und innerhalb dieser Frist selbst Auskunft über seine Einnahmen erteilt sowie die erforderlichen Nachweise vorlegt. Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft ist das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 anzuwenden, es sei denn, das Mitglied hat zuvor ausdrücklich erklärt, dass es der automatisierten Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf zustimmt. Das Recht zur elektronischen Abfrage der zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten nach Satz 1 schließt auch die elektronische Abfrage der Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung des Mitglieds mit ein, wenn diese der Krankenkasse noch nicht bekannt ist. Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse auf Grundlage der elektronischen Abfrage unverzüglich die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds in elektronischer Form zu übermitteln. Eine erneute Datenanforderung der Krankenkasse zu den Daten eines Änderungsbescheids ist entbehrlich, wenn zuvor bereits die Daten des Vorbescheids aufgrund einer Anforderung nach Satz 1 übermittelt worden sind. Die Mitteilung durch die Finanzbehörde erfolgt in diesem Fall unverzüglich nach Erteilung des Änderungsbescheids. Die Krankenkassen sind berechtigt, die für steuerliche Zwecke erhobene steuerliche Identifikationsnummer des Mitglieds für das automatisierte Anforderungs- und Übermittlungsverfahren zu nutzen. § 30 der Abgabenordnung steht den Regelungen nach Satz 1 bis 7 nicht entgegen.

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

(3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Prüfung des Gesamteinkommens nach § 10 Absatz 1 Nummer 5, es sei denn, das Mitglied widerspricht der Anforderung durch die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen und erteilt innerhalb

dieser Frist selbst Auskunft und legt die erforderlichen Nachweise vor. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 wiederholt sich die Einkommensabfrage zur Überprüfung des Fortbestands der Familienversicherung in den zeitlichen Abständen, wie im einheitlichen Verfahren nach § 10 Absatz 6 Satz 2 festgelegt. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 haben die Finanzbehörden auch Einnahmen der nach § 10 Versicherten aus gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen mitzuteilen.

(4) Die Krankenkassen dürfen für freiwillig versicherte oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglieder nach Absatz 1, für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten oder Lebenspartner des Mitglieds nach Absatz 2 sowie für familienversicherte Angehörige nach Absatz 3 regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs prüfen, ob und welche Daten nach § 45d Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes dem Bundeszentralamt für Steuern übermittelt worden sind. Die Krankenkassen dürfen zu diesem Zweck Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Anschrift der Personen sowie die Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung an das Bundeszentralamt für Steuern übermitteln. Das Bundeszentralamt für Steuern hat die ihm überlassenen Daten nach Durchführung des Abgleichs unverzüglich zu löschen. Die Krankenkassen dürfen die ihnen übermittelten Daten nur im Rahmen der Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 nutzen. Die übermittelten Daten der Personen, bei denen die Überprüfung zu keinen abweichenden mitglieds- oder beitragsrechtlichen Feststellungen führt, sind unverzüglich zu löschen.

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

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

105. § 221 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

1. um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4,

2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und

3. ab dem Jahr 2027 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit nach den §§ 394a und 394b.

Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil wird dem Innovationsfonds, der in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil dem Strukturfonds und der in Satz 1 Nummer 3 genannte Anteil dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden in Satz 1 genannten Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach

§ 92a, des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Zukunftsfonds digitale Gesundheit nach den §§ 394a und 394b werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange ein Anteil nach Satz 4 noch nicht feststeht, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

106. Nach § 225 wird der folgende § 225a eingefügt:

„§ 225a

Feststellung der Beiträge bei schutzwürdigem Vertrauen

Ist eine Versicherung nach § 10 nicht möglich, dürfen Beiträge nicht für die Vergangenheit festgesetzt werden, soweit das Mitglied auf den Bestand der Familienversicherung vertraut hat und das Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rückwirkung schutzwürdig ist. § 45 Absatz 2 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

107. In § 231 Absatz 3 wird die Angabe „§ 240 Absatz 4a Satz 6“ durch die Angabe „§ 240 Absatz 4a Satz 10“ ersetzt.

108. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die §§ 223, 228 Absatz 2, 229 Absatz 2, 231 Absatz 2, 238a, 247 und 248 Satz 1 und 2 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.“

b) Die Absätze 3 und 3a werden durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, werden die Beiträge aus der Rente entsprechend § 231 Absatz 2 erstattet.“

109. § 249a wird durch den folgenden § 249a ersetzt:

„§ 249a

Tragung der Beiträge bei Rentenbezug

Mitglieder, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemes-

senden Beiträge, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.“

110. § 250 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Freiwillige Mitglieder, in § 189 genannte Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus der Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge allein.“

111. § 254 wird durch den folgenden § 254 ersetzt:

„§ 254

Beitragszahlung der Studenten

Die Beiträge aus den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Absatz 1 der nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 versicherungspflichtigen Studenten werden für den jeweiligen Beitragsmonat erhoben. Weist ein als Student zu Versichernder die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzbuchs auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.“

112. § 255 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Beiträge, die Mitglieder aus ihrer Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und zusammen mit den von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu zahlen. Bei einer Änderung in der Höhe der Beiträge ist die Erteilung eines besonderen Bescheides durch den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich.

(2) Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten. § 51 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Für Zeiträume vor dem 1. Januar 2029 findet für die Verrechnung § 255 Absatz 2 Satz 2 und 3 in der Fassung vom 31. Dezember 2028 weiterhin Anwendung. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem von ihm zu tragenden Anteil an den Aufwendungen für die Krankenversicherung.“

b) Die Absätze 3a und 4 werden durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Die von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge, die bei einer Änderung des Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar eines Jahres wegen der zeitlich versetzten Geltung nach § 247 Satz 3 nicht oder zu viel gezahlt wurden, werden zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Gesundheitsfonds durch Zahlung eines pauschalen Betrags ausgeglichen. Dieser wird ermittelt, indem auf die nach § 228 beitragspflichtigen Renten für die Monate Januar und Februar des Jahres

der Änderung nach Satz 1 die Hälfte des im Monat März auf Renten im Durchschnitt erhobenen Zusatzbeitragssatzes angewendet und hiervon die Summe der für diese Monate tatsächlich an den Gesundheitsfonds gezahlten Zusatzbeitragsanteile der Träger der Rentenversicherung abgezogen wird. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist für die Berechnung zuständig. Ein sich ergebender positiver Differenzbetrag wird im darauffolgenden Juni von der Deutsche Rentenversicherung Bund an den Gesundheitsfonds gezahlt. Ein sich ergebender negativer Differenzbetrag wird vom Gesundheitsfonds an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Träger der Rentenversicherung erstattet.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund vereinbaren die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens nach Absatz 4 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.“

113. § 256 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Sätze 2 und 3 werden gestrichen.

b) Absatz 3 wird gestrichen.

114. Nach § 256a wird der folgende § 256b eingefügt:

„§ 256b

Prüfung der Beitragszahlungen und Meldungen für Bezieher von Versorgungsbezügen

(1) Die Krankenkassen prüfen bei den Zahlstellen von Versorgungsbezügen, ob sie ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch im Zusammenhang mit der Zahlung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und der Meldung von Versorgungsbezügen ordnungsgemäß erfüllen. Die Prüfung erfolgt mindestens alle vier Jahre. Die Prüfung soll in kürzerem Abstand erfolgen, wenn die Zahlstelle dies verlangt oder Umstände dazu Anlass geben, die Prüfung in einem kürzeren Abstand durchzuführen. Das Prüfrecht schließt alle Beziehenden von Versorgungsleistungen ein, unabhängig davon, ob sie gesetzlich krankenversichert sind.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Berücksichtigung der jeweiligen Anzahl der Mitglieder fest, welche Krankenkassenart für die Prüfung bei den Zahlstellen zuständig ist. Eine Zahlstelle ist grundsätzlich nur von einer Krankenkasse zu prüfen. Welche Krankenkasse im Einzelfall zuständig ist, legen die Krankenkassen der jeweiligen Krankenkassenart fest. Im Einzelfall können die Krankenkassen vereinbaren, dass mehrere Krankenkassen, gegebenenfalls auch unterschiedlicher Krankenkassenarten, die Prüfung durchführen. Die für die Prüfung zuständige Krankenkasse kann eine andere Krankenkasse, ihren Landesverband oder die Organisation nach § 212, der sie angehört, mit der Prüfung beauftragen. Zahlstellen, die zu den Satzungsbetrieben einer Betriebskrankenkasse gehören, werden von der jeweiligen Betriebskrankenkasse geprüft. Für die Prüfung der knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen ist die Knappschaft zuständig.

(3) Zu prüfen sind auch Rechenzentren, Dienstleister und vergleichbare Stellen, soweit sie im Auftrag der eigentlich zuständigen Zahlstelle die Beiträge berechnen, zahlen oder Meldungen erstatten.

(4) Die Zahlungspflichtigen haben angemessene Prüfhilfen zu leisten. § 98 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB X gelten für die Zahlstellen entsprechend. Für die Beziehenden von Versorgungsleistungen, für die keine Meldung gegenüber einer Krankenkasse erstattet worden ist, hat die Zahlstelle auf Nachfrage der Krankenkasse einen schriftlichen Nachweis eines Anspruchs auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorzulegen. Die Zahlstelle hat den Nachweise für einen Anspruch auf anderweitige Absicherung bis zum Abschluss der nächsten Prüfung vorzuhalten. Auf Anforderung übermittelt die Zahlstelle der für die Prüfung zuständigen Krankenkasse die für die Prüfung relevanten Daten aus dem systemgeprüften Abrechnungsprogramm im Wege der gesicherten und verschlüsselten Datenübertragung. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Die Krankenkasse darf die Daten für die Durchführung der Prüfung in einer separaten Datei (Prüfdatei) speichern und diese im Fall des Absatzes 2 Satz 4 an die weiteren beteiligten Krankenkassen weiterleiten, die diese Daten ebenfalls in einer separaten Datei speichern dürfen. Die Daten dürfen längstens für sechs Monate nach Abschluss der Prüfung gespeichert werden und sind danach unaufgefordert zu löschen. Zugriff auf die Datei haben nur die prüfenden Krankenkassen. Die zu übermittelnden Inhalte im Einzelnen sowie das Nähere zum Verfahren, Aufbau und Inhalt der Datensätze legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(5) Die prüfende Krankenkasse fragt im Vorfeld der Prüfung bei allen Krankenkassen per Datensatz ab, ob den Krankenkassen für die zu prüfende Zahlstelle und den Prüfzeitraum Meldungen für Beziehende von Versorgungsbezügen vorliegen. Die Krankenkassen, denen entsprechende Meldungen vorliegen, übermitteln die Meldedaten versichertenbezogen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung an die prüfende Krankenkasse, die diese Daten im Fall des Absatzes 2 Satz 4 an die weiteren beteiligten Krankenkassen weiterleitet. Absatz 4 Sätze 6 bis 8 gelten entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zum Verfahren und die Inhalte der entsprechenden Datensätze in Grundsätzen fest.

(6) Das Ergebnis der Prüfung ist der Zahlstelle von der prüfenden Krankenkasse schriftlich mitzuteilen. Im Fall des Absatzes 2 Satz 4 liegt die Zuständigkeit dafür allein bei der originär zuständigen Krankenkasse.

(7) Die Krankenkasse, die die Prüfung bei der Zahlstelle durchgeführt hat und im Fall des Absatzes 2 Satz 4 originär zuständig ist, informiert die Krankenkassen, die im Vorfeld der Prüfung Meldedaten übermittelt haben, sowie die Krankenkassen, die von der Prüfung betroffen sind, über die Ergebnisse der Prüfung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Personenbezogene Daten dürfen nur der für den Versicherten jeweils zuständigen Krankenkasse übermittelt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zum Verfahren und die Inhalte der entsprechenden Datensätze in Grundsätzen fest.

(8) Die für die Planung der Prüfungen durch die Krankenkassen erforderlichen Angaben zu den einzelnen Zahlstellen werden in einer elektronischen Datei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gespeichert. Dafür kann die für die Vergabe der Zahlstellennummer bestimmte Datei nach § 202 Absatz 3 Satz 2 (Zahlstellendatei) verwendet werden. In der Datei dürfen über die für die

Vergabe der Zahlstellennummer erforderlichen Angaben hinaus insbesondere folgende Daten gespeichert werden:

1. die Krankenkassenart, die für die nächste Prüfung zuständig ist,
2. die Krankenkasse, die für die nächste Prüfung zuständig ist,
3. die Krankenkasse, die zuletzt für die Prüfung zuständig war,
4. die Krankenkasse, die die letzte Prüfung tatsächlich durchgeführt hat,
5. Datum der Beendigung der letzten Prüfung,
6. Datum des Endes des letzten geprüften Zeitraums,
7. Stelle, bei der die letzte Prüfung durchgeführt worden ist,
8. Hinweis, ob im Rahmen der letzten Prüfung im Beitrags- oder Meldeverfahren Beanstandungen festgestellt worden sind,
9. Kennzeichen zum aktuellen Status der Zahlstelle,
10. Angaben zur Anzahl der Versorgungsbezieher.

Zugriff auf die Datei mit Lese- und Schreibzugriff haben alle Krankenkassen. Das Nähere zu den Inhalten und zum Verfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest.“

115. In § 257 Absatz 2 und § 258 wird jeweils die Angabe „§ 6 Abs. 3a“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3a oder 3b“ ersetzt.

116. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,“.

b) Die Absätze 10 bis 12 werden durch die folgenden Absätze 10 und 11 ersetzt:

„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Die Wirkungen der Streichung des Ausschlusses von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten der Änderung der RSAV] geltenden Fassung und des sich anschließenden Kürzungsverfahrens nach § 273 Absatz 1 bis 3 insbesondere auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 sind zusätzlich durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2031 zu untersuchen.

(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 nach Maßgabe des § 270 in der bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung.“

117. § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,“.

118. § 269 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Soweit es zur Erfüllung eines Untersuchungsauftrages des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 266 Absatz 10 erforderlich ist, übermitteln die Krankenkassen auf Anforderung an das Bundesamt für Soziale Sicherung für die in der Anforderung benannten Berichtsjahre je Versicherten

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

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

3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,

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

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

Für die Übermittlung der Daten nach Satz 1 gilt § 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 entsprechend.“

b) Absatz 6 wird gestrichen.

c) Die Absätze 7 bis 9 werden zu den Absätzen 6 bis 8.

119. In § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „§ 137g“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und wird nach der Angabe „und“ die Angabe „die Versichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm sowie“ eingefügt.

120. § 271 Absatz 5 wird durch die folgenden Absätze 5 und 5a ersetzt:

„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2026 100 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich 75 Millionen Euro, jeweils

abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, zugeführt.

(5a) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 394b Absatz 1 werden dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 jährlich 25 Millionen Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, zugeführt.“

121. § 273 wird durch den folgenden § 273 ersetzt:

„§ 273

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich führt das Bundesamt für Soziale Sicherung auf der Grundlage der nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und § 7 Absatz 4 Satz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung übermittelten Daten

1. jährlich das Verfahren nach Absatz 2 durch und kürzt nach Maßgabe des Absatzes 3 bei betroffenen Krankenkassen nachträglich die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 und

2. nach Maßgabe des Absatzes 4 anlassbezogen eine Prüfung der Datenmeldungen auf ihre Rechtmäßigkeit durch und erhebt bei festgestelltem Rechtsverstoß bei der betroffenen Krankenkasse einen Korrekturbetrag nach Absatz 5.

§ 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt auf der Grundlage der nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und § 7 Absatz 4 Satz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung übermittelten Daten fest, ob die Zuordnung der Versicherten einer Krankenkasse zu den Risikogruppen anhand des Risikomerkmals Morbidität gemäß § 266 Absatz 2 Satz 2 statistisch auffällige Steigerungen aufweist, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer statistischen Auffälligkeit, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Berichtsjahre, in denen das Verfahren nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages vor Inkrafttreten der Änderung der RSAV] geltenden Fassung zur Anwendung kam, bleiben für das Verfahren nach Satz 1 außer Betracht.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt bei nach Absatz 2 Satz 1 statistisch auffälligen Risikogruppen fest, inwieweit die statistische Auffälligkeit die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse erhöht hat und ermittelt einen Kürzungsbetrag, indem die Zuordnung der Versicherten zu den nach Absatz 2 Satz 1 statistisch auffälligen Risikogruppen angepasst wird. Für die Anpassung wird die Datenmeldung nach Absatz 1 Satz 1 für das vorhergehende Berichtsjahr der betroffenen Krankenkasse alters- und geschlechtsadjustiert fortgeschrieben. Bei der Fortschreibung nach Satz 2 wird die durchschnittliche Entwicklung aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen berücksichtigt. Zusätzlich wird den Krankenkassen ein 5-prozentiger Tole-

ranzbereich zugestanden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht den nach Satz 1 bis 4 ermittelten Kürzungsbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse bis zum 30. September des dritten auf das geprüfte Berichtsjahr folgenden Jahres durch Bescheid geltend. Wurden für dasselbe Berichtsjahr bereits ein oder mehrere Korrekturbeträge nach Absatz 5 geltend gemacht, ist eine Anrechnung vorzunehmen. Nach Absatz 5 Satz 6 erhobene Strafzuschläge bleiben von der Anrechnung nach Satz 6 ausgenommen. Das Nähere, insbesondere die Modalitäten der Anrechnung nach Satz 6, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhalts bedarf. Kommt die Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des Bundesamtes für Soziale Sicherung nicht, nur teilweise oder nicht in der verlangten Aufbereitung nach, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Legt die Krankenkasse im Rahmen der Einzelfallprüfung einen Versorgungsvertrag vor, prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2. Satz 1 bis 5 gelten entsprechend, wenn Erkenntnisse aus einem nach § 273 Absatz 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung nicht abgeschlossenen Prüfverfahren den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Zur Erlangung von Tatsachen nach Satz 1 kann das Bundesamt für Soziale Sicherung Abfragen bei den Krankenkassen durchführen; die Krankenkassen sind zur Mitwirkung verpflichtet.

(5) Stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 einen Rechtsverstoß fest, ermittelt es einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind. Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle zur Ermittlung des Korrekturbetrages erforderlichen Angaben zu übermitteln. Kann das Bundesamt für Soziale Sicherung feststellen, welche der übermittelten Daten rechtswidrig sind, ermittelt es zunächst denjenigen Betrag, um den diese rechtswidrigen Daten die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 erhöht haben. Kann das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Feststellung nach Satz 3 treffen oder kommt eine Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach Satz 2 nicht, nur teilweise oder nicht in der verlangten Aufbereitung nach, wird für die Ermittlung des Korrekturbetrages die Zuordnung zu den Risikogruppen entsprechend Absatz 3 Satz 2 und 3 angepasst. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Ermittlung des Betrages nach Satz 3 oder 4 auf einzelne gemäß § 266 Absatz 2 Satz 2 anhand des Risikomerkmals Morbidität gebildete Risikogruppen beschränken. Der Korrekturbetrag ergibt sich, indem zu dem nach Satz 3 oder 4 ermittelten Betrag ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert wird. Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht den Korrekturbetrag nach Satz 6 durch Bescheid geltend. Wurde für dasselbe Berichtsjahr bereits ein Kürzungsbetrag nach Absatz 3 geltend gemacht, ist eine Anrechnung vorzunehmen. Nach diesem Absatz bereits erhobene Strafzuschläge bleiben von der Anrechnung ausgenommen. Für bereits nach diesem Absatz geltend gemachte Korrekturbeträge gelten die Sätze 8 und 9 entsprechend. Das Nähere, insbesondere die Modalitäten der Anrechnung nach Satz 8, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(6) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Hat das Bundesamt für Soziale Sicherung einen Kürzungsbetrag nach Absatz 3 oder einen Korrekturbetrag nach Absatz 5 festgesetzt, verrechnet es ihn mit den nach § 266 Absatz 7 Satz 2 berechneten monatlichen Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung und teilt diesen der Krankenkasse mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen mit. Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung von Korrekturbeträgen nach Absatz 5 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei müssen die Korrekturbeträge spätestens innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung nach Satz 4 ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrags zu zahlen. Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden mit Ausnahme der Einnahmen nach Satz 6 im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Verfahren und Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 6 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Die in Satz 1 genannten Verfahren und Prüfungen sind spätestens bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich das jeweilige Verfahren oder die jeweilige Prüfung bezieht, abzuschließen. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt auch für noch nicht abgeschlossene Prüfungen und Verfahren nach § 273 Absatz 5 und 6 jeweils in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung sowie für noch nicht abgeschlossene Prüfungen und Verfahren nach § 273 Absatz 3 und 4 jeweils in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung.

(8) Für die Berichtsjahre 2013 bis 2019 gelten für die Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 nachfolgende Übergangsregelungen. Für die Berichtsjahre 2013 bis 2017 wird das Verfahren nach Absatz 3 auf der Grundlage der Ergebnisse der nach § 273 Absatz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung durchgeführten Prüfungen entsprechend angewendet. Abweichend von Absatz 3 Satz 5 können für die Berichtsjahre 2013 bis 2019 jeweils durch Bescheid zu erhebende Kürzungsbeträge vom Bundesamt für Soziale Sicherung gegenüber den betroffenen Krankenkassen gleichzeitig, spätestens jedoch bis zum 30. September 2027, geltend gemacht werden.“

122. § 274 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Landesverbände der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Prüfungs-

stelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die der Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterstehen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die ihrer Aufsicht unterstehen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfasst die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen, die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können bestimmen, dass die Stellen nach Satz 5 ihnen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Vor der Festlegung des Formats der elektronischen Datenübermittlung der Krankenkassen ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen anzuhören. Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.

(2) Die Kosten, die den mit der Prüfung befassten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder, soweit sie nicht nach Satz 3 von den dort genannten Stellen zu tragen sind. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Prüfstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen selbst. Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Medizinischen Dienstes Bund sind die vom Bundesministerium der Finanzen erstellten Übersichten über die Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zugrunde zu legen. Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, ist die Übersicht des Bundesministeriums der Finanzen entsprechend zugrunde zu legen. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungskosten sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse für die Prüfungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie für die Prüfungen der bundesunmittel-

baren Krankenkassen. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse für die Prüfungen der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste.“

123. § 280 Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

124. § 281 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j und § 219 gelten entsprechend.“

125. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 17 wird die Angabe „§ 127 Absatz 7“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 12 bis 14“ ersetzt.

126. In § 293 Absatz 7 Satz 12 wird die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

127. Nach § 299 Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:

„(1b) In den Richtlinien, Beschlüssen sowie Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 ist bis zum 31.12.2029 sicherzustellen, dass Daten nach dem Stand der Technik aufwandsarm in semantisch und syntaktisch interoperabler Form bereitgestellt und verarbeitet werden und

1. die in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 genannten Daten nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 erhoben und übermittelt werden und von allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet werden können und

2. die Datenübermittlung nach Nummer 1 vorrangig mit Daten nach Absatz 1a und mit nach § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes angeforderten und übermittelten Daten sowie ausschließlich an eine in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen benannte verfahrensübergreifende zentrale Stelle erfolgt; dies kann auch die unabhängige Stelle nach Absatz 3 sein; Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

128. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2a wird der folgende Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Krankenkassen haben einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus nach einer Verlegung Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer des vorherigen Aufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Die Übermittlung nach Satz 1 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „Absatz 2a“ durch die Angabe „Absatz 2a und 2b“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

129. § 302 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen, den Tag der Leistungserbringung und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben. Sofern die Leistung ärztlich verordnet wurde, sind auch die Arztnummer des verordnenden Arztes sowie die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund anzugeben. Erfolgte die Leistung aufgrund einer Empfehlung einer Pflegefachperson nach § 18b Absatz 3 oder § 40 Absatz 6 des Elften Buches oder aufgrund einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2, sind die Empfehlung oder Verordnung der Pflegefachperson mit den erforderlichen Angaben über den Befund sowie die Beschäftigtennummer der empfehlenden oder verordnenden Pflegefachperson nach § 293 Absatz 8 Nummer 2 anzugeben. Bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden, soweit das erbrachte Hilfsmittel dort gelistet ist, und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 sowie der Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach den Sätzen 1 bis 3 die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 14 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.“

b) Absatz 5 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht jährlich bis zum 31. August einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. Der Bericht informiert ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen, die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen der Versicherten sowie die Angaben zum Mehrnutzen oder der Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgungen im Vergleich zu geeigneten mehrkostenfreien Versorgungen.“

130. In § 305 Absatz 3 wird die Angabe „§ 127 Absatz 3 und 5“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 8 und 10“ ersetzt.

131. § 334 Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Gesellschaft für Telematik kann über die in Absatz 1 genannten Anwendungen hinaus bereits Festlegungen und Maßnahmen zu zusätzlichen Anwendungen der Telematikinfrastruktur treffen, die insbesondere dem weiteren Ausbau

des elektronischen Austausches von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten, Formularen, Erklärungen, Unterlagen und Daten für Zwecke der Qualitätssicherung dienen.“

132. § 346 Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle gemäß § 129 Absatz 8. “

133. § 371 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird gestrichen.

b) Die Nummern 3 bis 5 werden zu den Nummern 2 bis 4.

134. In § 377 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe "Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6" durch die Angabe "Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1" ersetzt.

135. § 385 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 15 wird die Angabe „Kompetenzzentrum,“ durch die Angabe „Kompetenzzentrum und“ ersetzt.

b) Nummer 16 wird gestrichen.

c) Nummer 17 wird zu Nummer 16.

136. Nach § 390 Absatz 6 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Soweit Leistungserbringer, die als besonders wichtige Einrichtungen nach § 28 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des BSI-Gesetzes oder als wichtige Einrichtungen nach § 28 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 des BSI-Gesetzes, jeweils in Verbindung mit dessen Anlage 1 Nummer 4.1.1 gelten, ist die Richtlinie lediglich hinsichtlich der Anforderungen nach Absatz 2 Nummer 1 verbindlich.“

137. Nach § 394 werden die folgenden §§ 394a und 394b eingefügt:

„394a

Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung

(1) Zur Beschleunigung der digitalen Transformation und zur Förderung der IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung wird bei der kontoführenden Stelle nach § 394b Absatz 1 Satz 3 ein Fonds (Zukunftsfonds digitale Gesundheit) eingerichtet. Der Zukunftsfonds digitale Gesundheit dient der Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Skalierung digitaler Anwendungen, der Errichtung und Weiterentwicklung von digitalen Infrastrukturen sowie der Förderung der IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung.

(2) Die Fördermittel des Zukunftsfonds digitale Gesundheit sollen insbesondere für folgende Zwecke verwendet werden:

1. Anwendungen für Versicherte und Leistungserbringer, insbesondere im Bereich der Entwicklung und Förderung von Produkten, die einen breitenwirk-

samen Nutzen in der Versorgung erwarten lassen und ohne Förderung nicht oder nicht rechtzeitig am Markt entstünden (Anwendungsebene),

2. Infrastruktur, Betrieb und Sicherheit (Infrastrukturebene) sowie

3. IT-Sicherheit für Einrichtungen des Gesundheitswesens, die nach § 28 des BSI-Gesetzes in Verbindung mit dessen Anlage 1 Nummer 4 als besonders wichtige Einrichtungen oder wichtige Einrichtungen gelten.

(3) Zur Finanzierung der Fördermittel werden dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit Mittel nach § 394b zugeführt.

§ 394b

Zukunftsfonds, Durchführung der Förderung im Rahmen der digitalen Transformation

(1) Zur Förderung der digitalen Transformation in der Gesundheitsversorgung werden dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit jährlich 25 Millionen Euro zugeführt (Fördersumme). Die Fördersumme wird durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt für die Verwaltung und Auszahlung der Fördersumme entsprechend der Rahmenvorgaben nach Absatz 3 Satz 1 sowie der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 2 eine kontoführende Stelle. Die kontoführende Stelle zahlt die Fördermittel auf Grundlage der Entscheidung des Digital Health Councils nach Absatz 4 aus. Aufwendungen, die der kontoführenden Stelle für ihre Aufgabenwahrnehmung nach den Sätzen 2 und 3 entstehen, werden aus der Fördersumme gedeckt. Aus der Fördersumme sind auch die dem Bundesministerium für Gesundheit für die Durchführung der Förderung entstehenden Kosten zu finanzieren. Fördermittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Fördermittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Zukunftsfonds digitale Gesundheit gebunden sind, beginnend ab dem Haushaltsjahr 2028 jeweils im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend ihrem jeweiligen Finanzierungsanteil an der Fördersumme zurückgeführt. Mittel, die im Haushaltsjahr 2027 nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden in das Haushaltsjahr 2028 übertragen. Das Nähere zur Zuführung der Mittel an den Zukunftsfonds digitale Gesundheit und zur Rückführung nicht bewilligter, nicht ausgezahlter oder nicht verausgabter Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(2) Aus der Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 werden insbesondere Vorhaben gefördert die:

1. die praktische Umsetzbarkeit digitaler Lösungen im Versorgungsalltag und digitale Transformationsprozesse in Einrichtungen der ambulanten Versorgung stärken,

2. eine schnelle Erprobung, Evaluation und Skalierung relevanter Anwendungen ermöglichen,

3. Referenzarchitekturen, Interoperabilität und offene Standards im Gesundheitswesen fördern,

4. zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen beitragen sowie die IT-Sicherheit im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung fördern.

Förderfähig sind nur solche Vorhaben, bei denen eine wissenschaftliche Begleitung und Vorschläge für einen Ergebnistransfer der Vorhaben erfolgt. Geförderte Vorhaben müssen den Anforderungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 sowie den geltenden europäischen sowie internationalen Standards entsprechen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt unter Beteiligung des Ausschusses nach Absatz 4 die Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte für die Förderung nach Absatz 1 fest und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Gesellschaft für Telematik regeln gemeinsam das Nähere zur inhaltlichen Ausgestaltung der Rahmenvorgaben in einer Vereinbarung. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte nach Satz 1 können durch das Bundesministerium für Gesundheit jährlich angepasst werden. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung der Rahmenvorgaben zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates fest.

(4) Die Entscheidung über die Bewilligung sowie Bewertung der Fördervorhaben nach Absatz 2 trifft ein Ausschuss (Digital Health Council). Dem Digital Health Council gehören jeweils ein Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Gesellschaft für Telematik sowie der Gesundheitsindustrie an. Der Vertreter der Gesundheitsindustrie wird durch den Bundesverband der Deutschen Industrie bestimmt, die weiteren Vertreter nach Satz 2 werden von den benannten Organisationen entsandt. Den Vorsitz im Digital Health Council führt ein Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere zur Zusammensetzung und Arbeitsweise des Digital Health Councils sowie zum Förderverfahren, zum Ausschluss von Interessenskonflikten sowie zur Beschlussfähigkeit beschließt der Digital Health Council in einer Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Zur Unterstützung der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 3 Satz 1 sowie zur Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidungen des Digital Health Councils nach Absatz 4 beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit aus der Fördersumme einen Förderträger. Der Förderträger hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Vorbereitung der Bewertung von Förderanträgen,

2. Erlass von Förderbescheiden,

3. administrative und fachliche Beratung von Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern,

4. Unterstützung der Fördermittelempfänger beim Abruf der Mittel bei der kontoführenden Stelle,

5. kontinuierliche projektbegleitende Erfolgskontrolle geförderter Vorhaben,

6. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,

7. Prüfung von Abschlussberichten und Projektergebnissen im Sinne einer Verwendungsnachweisprüfung,

8. Veröffentlichung der aus dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit geförderten Vorhaben sowie daraus gewonnener Erkenntnisse und Ergebnisse und

9. Veranlassung einer unabhängigen Evaluation der Förderung durch dieses Gesetz.“

138. § 412 wird durch den folgenden § 412 ersetzt:

„§ 412

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft für Anspruchsberechtigte nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes

Eine seit dem 10. März 2022 gemäß § 188 Absatz 4 Satz 1 begründete freiwillige Mitgliedschaft endet am … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 19 Absatz 1], sofern das Mitglied an diesem Tag zumindest dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes hat.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 71 Absatz 1 Satz 2 werden die Angabe „zugelassener“, die Angabe „(§ 137g)“ und die Angabe „oder der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1“ gestrichen.

2. In § 73b Absatz 5 Satz 6 wird die Angabe „Zugelassene strukturierte“ durch die Angabe „Strukturierte“ ersetzt und wird die Angabe „§§ 137f und 137g“ durch die Angabe „§ 137f“ ersetzt.

3. § 137f wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 4 wird vor dem Komma am Ende die Angabe „oder in den in Absatz 2a Satz 3 genannten Fällen an Patienteninformationen“ eingefügt.

      bb) In Nummer 5 wird nach dem Wort „einschließlich“ die Angabe „der Dokumentationszeiträume und -intervalle sowie“ eingefügt.

   b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 zu regelnden Anforderungen an Schulungen der Versicherten sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität so auszugestalten, dass die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme durch diese Anforderungen nicht verhindert wird. Die in Satz 1 genannten Schulungen können in der Regel unter Verwendung digitaler Anwendungen oder telemedizinisch erfolgen, soweit dem keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Sofern für die jeweilige chronische Krankheit die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen. Für die telemedizinische Durchführung der in Satz 1 genannten Schulungen sind in der Regel Videodienste zu verwenden, die die in der Vereinbarung nach § 365 Absatz 1 festgelegten Anforderungen erfüllen.“

c) Vor Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Krankenkassen haben ihren Versicherten für jede in den Richtlinien nach Absatz 1 festgelegte chronische Krankheit ein strukturiertes Behandlungsprogramm anzubieten. Versicherten, die die den nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 geregelten Anforderungen entsprechenden Voraussetzungen für die Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm erfüllen, ist die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm jeweils innerhalb eines Jahres nach dem erstmaligen Inkrafttreten der jeweiligen genannten Anforderungen zu ermöglichen. Für strukturierte Behandlungsprogramme für Krankheiten, zu denen am 1. Januar 2028 Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 in Kraft sind, beginnt die in Satz 2 genannte Frist an diesem Tag. Die Krankenkassen haben auf ihrer jeweiligen Internetseite eine vierteljährlich zu aktualisierende Übersicht über die von ihnen angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Datum des erstmaligen Beginns des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms bezogen auf den jeweiligen räumlichen Geltungsbereich sowie eine Liste der an der Versorgung im Rahmen des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmenden Leistungserbringer zu veröffentlichen und ihre Versicherten regelmäßig über die von ihnen angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme zu informieren.“

d) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Krankenkasse hat den Versicherten nach Absatz 3 Satz 6 insbesondere zu informieren

1. über die Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms,

2. darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,

3. über die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele,

4. über die Freiwilligkeit seiner Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm und die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung sowie

5. über seine im strukturierten Behandlungsprogramm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogramms.

Der Versicherte hat den Erhalt der von der Krankenkasse bereitgestellten Informationen schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.“

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Evaluation der für dieselbe Krankheit nach Absatz 1 zugelassenen Programme nach Absatz 1 durch einen vom Bundesamt für Soziale Sicherung“ durch die Angabe „Evaluation der für dieselbe nach Absatz 1 festgelegte chronische Krankheit entwickelten strukturierten Behandlungsprogramme durch einen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Daten von Versicherten, für die seit drei Jahren keine Dokumentation vorliegt, werden nicht in die Evaluation einbezogen.“

cc) Im neuen Satz 3 wird die Angabe „dem Bundesamt für Soziale Sicherung“ gestrichen und wird die Angabe „vorzulegen“ durch die Angabe „zu veröffentlichen“ ersetzt.

f) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 6b ersetzt:

„(6) Zur flächendeckenden Sicherstellung des in Absatz 3 Satz 1 genannten Angebots haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu schließen. Geeignete Leistungserbringer können durch ihren Beitritt zu diesen Verträgen an der Versorgung im Rahmen des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmen. Vertragsregelungen, die die Vergütungshöhe betreffen, können frühestens zwei Jahre nach deren Vereinbarung gekündigt werden. Endet die Geltung eines in Satz 1 genannten Vertrages, so gilt dieser Vertrag bis zum Abschluss eines neuen in Satz 1 genannten Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson nach Absatz 6a fort. Verträge, die vor dem 1. Januar 2028 zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen geschlossen wurden, bleiben unberührt. Sie gelten auch im Fall ihrer Kündigung bis zum Beginn der Geltung eines neuen in Satz 1 genannten Vertrages fort, der die Fortführung des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms sicherstellt.

(6a) Können sich die in Absatz 6 Satz 1 genannten Vertragsparteien nicht innerhalb der in Absatz 3 Satz 2 genannten Frist auf einen in Absatz 6 Satz 1 genannten Vertrag einigen, haben sich die Parteien innerhalb eines Monats auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des in Absatz 6 Satz 1 genannten Vertrages innerhalb von drei Monaten ab dieser Verständigung im Rahmen eines Schiedsverfahrens festlegt. Soweit die Vertragsparteien keine Schiedsordnung vereinbart haben, bestimmt die Schiedsperson die Verfahrensweise im Schiedsverfahren. Verständigen sich die in Absatz 6 Satz 1 genannten Vertragsparteien nicht

innerhalb der in Satz 1 genannten Frist auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Für die Erteilung des Bescheids zur Bestimmung der Schiedsperson sind kostendeckende Gebühren zu erheben. Die Kosten werden nach den tatsächlich entstandenen Personal- und Sachkosten berechnet. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sowie Auslagen sind den Personalkosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die tatsächlich entstandenen Personal- und Sachkosten sind auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen. Der Berechnung der Gebühren sind die Personalkostensätze des Bundes einschließlich der Sachkostenpauschale zu Grunde zu legen. Die Personalkostensätze sind je Arbeitsstunde anzusetzen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die jeweiligen Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson oder gegen die Gebührenbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit fort.

(6b) Zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an strukturierten Behandlungsprogrammen sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausgesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger in den Ländern Verträge über die im Rahmen des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms zu erbringenden Krankenhausleistungen schließen, soweit solche Leistungen aufgrund der nach Absatz 2 geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung des jeweiligen Behandlungsprogramms erforderlich sind. Ein Krankenhaus kann anstelle eines eigenständigen Vertragsschlusses einem von einer Landeskrankenhausgesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im jeweiligen Land geschlossenen in Satz 1 genannten Vertrag beitreten. Der eigenständige Vertragsschluss und der Beitritt zu einem von der Landeskrankenhausgesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im jeweiligen Land geschlossenen Vertrag ist auch für Krankenhäuser möglich, deren Sitz in einem anderen Land als dem der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft oder der jeweiligen Vereinigung der Krankenhausträger liegt. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen an strukturierten Behandlungsprogrammen.“

g) In Absatz 9 Satz 4 werden die Wörter „Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Satz 6 und 7“ ersetzt.

h) Nach Absatz 9 wird der folgende Absatz 10 eingefügt:

„(10) Die strukturierten Behandlungsprogramme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres ab dem Inkrafttreten der jeweiligen Änderung, an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 geregelten Anforderungen anzupassen. Abweichend von § 140a Absatz 1 Satz 4 müssen Verträge, die nach § 73a, § 73c oder § 140a jeweils in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung zur Durchführung der strukturierten

Behandlungsprogramme geschlossen wurden, nicht bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach § 140a ersetzt oder beendet werden.“

4. § 137g wird durch den folgenden § 137g ersetzt:

„§ 137g

Weitere Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme

(1) In den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme ist vorzusehen, dass

1. am Ort der Leistungserbringung Erst- und Folgedokumentationen auf elektronischem Weg erfasst und an die Krankenkassen übermittelt werden, die nur die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 jeweils aufgeführten Angaben umfassen und nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 verarbeitet werden, und

2. Zugang zu den an die Krankenkassen gemäß dem jeweiligen Vertrag übermittelten Daten nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind.

(2) In den in Absatz 1 genannten Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme ist darüber hinaus vorzusehen, dass

1. die an der Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen zu übermitteln haben,

2. der Versicherte schriftlich oder elektronisch über die Übermittlung der in Nummer 1 genannten Daten unterrichtet wird,

3. die in Nummer 1 genannte Arbeitsgemeinschaft die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeiten dürfen,

4. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs in einer für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke geeigneten Form erfolgt.

Die in § 25 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der 3. Lesung] geltenden Fassung genannten Verträge, die vor dem 1. Januar 2028 zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen geschlossen wurden, bleiben unberührt.

(3) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels, soweit erforderlich, und die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Daten an die mit der Evaluation gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 beauftragten Sachverständigen übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.“

5. § 266 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.

      bb) Satz 2 wird gestrichen.

   b) In Absatz 11 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „und für das Ausgleichsjahr 2027 nach Maßgabe der §§ 266 und 270 in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung“ eingefügt.

6. § 270 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 1 wird das Komma am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.

      bb) Nummer 2 wird gestrichen.

   b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g Absatz 1 zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und die Versichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm sowie“ gestrichen.

7. In § 295 Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „§ 137f Abs. 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 137f Absatz 3 Satz 6“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2a Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

2. § 17a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei im Falle des Satzes 1 Nummer 1 die Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1 und im Falle des Satzes 1 Nummer 2 die Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1.“

b) In Absatz 4b Satz 3 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

c) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

3. § 17b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

b) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1. Kommt die in Absatz 2a Satz 2 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1 abweichend von Satz 1 ohne Antrag bis zum Ablauf des 21. Mai 2027.“

c) Absatz 10 wird gestrichen.

4. In § 17c Absatz 2 Satz 6 und § 17d Absatz 6 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

5. In § 17d Absatz 9 wird die Angabe „und e“ gestrichen.

6. In § 18 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

7. § 18a wird durch die folgenden §§ 18a und 18b ersetzt:

„§ 18a

Landeskrankenhausschiedsstelle, Verordnungsermächtigung

(1) Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Landeskrankenhausschiedsstelle. Ist für ein Land mehr als eine Landeskrankenhausschiedsstelle gebildet worden, bestimmen die Beteiligten nach Satz 1 die zuständige Landeskrankenhausschiedsstelle für mit landesweiter Geltung zu treffenden Entscheidungen.

(2) Die Landeskrankenhausschiedsstellen bestehen aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Landeskrankenhausschiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter

Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von der Landeskrankenhausgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Landeskrankenhausschiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Mitglieder der Landeskrankenhausschiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amts an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen; ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Verfahrensgebühren, ihr Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Sofern die Geschäftsordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder die Rechtsverordnung nach Satz 1 nichts Abweichendes regelt, gelten die Geschäftsordnung der Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 2 Satz 1, die Vereinbarung nach § 18b Absatz 3 oder die Rechtsverordnung nach § 18b Absatz 4 entsprechend.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Landeskrankenhausschiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde. Gegen die Entscheidung der Landeskrankenhausschiedsstelle ist der Rechtsweg der Streitsache gegeben, die der Entscheidung zugrunde liegt. Sofern landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist, findet ein Vorverfahren nicht statt und die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 18b

Bundeskrankenhausschiedsstelle, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Bundeskrankenhausschiedsstelle; diese entscheidet in den ihr durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben. Die Bundeskrankenhausschiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Bundeskrankenhausschiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden.

(2) Die Bundeskrankenhausschiedsstelle gibt sich unter Beachtung der Vereinbarung nach Absatz 3 eine Geschäftsordnung. Die Mitglieder der Bundeskrankenhausschiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit

der Mehrheit der Stimmen getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über Erstattung der baren Auslagen, die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Verfahrensgebühren sowie über die Verteilung der Kosten, soweit dies nicht vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt wurde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Geschäftsführung und das Verfahren regeln, soweit dies nicht vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt wurde.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Verfahrensgebühren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Bundeskrankenhausschiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Bundeskrankenhausschiedsstelle ist der Rechtsweg der Streitsache gegeben, die der Entscheidung zugrunde liegt. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

8. § 19 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 3 wird die Angabe „§ 18a Absatz 6 Satz 2 bis 5 und 7“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 1 Satz 2 bis 5 und Absatz 2 Satz 2 bis 6“ ersetzt.

   b) In Satz 4 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

9. § 21 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 7 Satz 2, Absatz 7a Satz 2 und Absatz 10 Satz 4 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

   b) In Absatz 11 Satz 5 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

10. In § 21a Absatz 5 Satz 2, § 22 Absatz 2 Satz 2, § 26c Absatz 2 Satz 3, § 26f Absatz 9 Satz 2 und § 39 Absatz 2 Satz 4 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Satz 5 wird gestrichen.

   b) Absatz 4 wird wie folgt geändert.

      aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung.“

      bb) In Satz 9 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

3. § 13 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

   b) In Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Absatz 3h Satz 5 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

2. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 3 bis 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine Anfrage zu stellen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann; für eine neue Methode, die die Gabe von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes enthält, kann ein Krankenhaus zusätzlich bis spätestens zum 30. April eine Anfrage stellen. Die Vertragsparteien nach § 11 dürfen Entgelte nur vereinbaren, sofern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf die Anfrage die Information erteilt, dass die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht abgerechnet werden kann. Hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf eine fristgerecht gestellte Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus keine Information erteilt, kann die Vereinbarung abweichend von Satz 4 ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird sowie im Hinblick auf die Vereinbarung für Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes, für die bis zum 30. April eine Anfrage gestellt wurde, wenn diese Vereinbarung vor dem 1. Juli geschlossen wird.“

      bb) Satz 10 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Sofern eine in Satz 1 genannte Vereinbarung nur deshalb nach Satz 4 nicht zulässig ist, weil die neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die Gabe eines noch nicht zugelassenen Arzneimittels enthält, soll eine Vereinbarung getroffen werden, die ab dem Zeitpunkt der Zulassung des Arzneimittels gilt; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat dafür seine in Satz 4 genannte Information anzupassen.“

3. § 9 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

   „7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 und eine anteilige Erhöhungsrate,“.

   b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

4. In § 10 Absatz 9 Satz 6 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

5. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 5 wird gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ durch die Angabe „und die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

bb) In Satz 10 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

6. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ durch die Angabe „Landeskrankenhausschiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ ersetzt.

7. In § 15 Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

8. In § 21 Absatz 6 wird die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6“ durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 106 wird durch den folgenden § 106 ersetzt:

„§ 106

Zuschuss zur Krankenversicherung

(1) Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(2) Der monatliche Zuschuss nach Absatz 1 wird in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbei-

tragssatzes nach § 242a des Fünften Buches auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuss von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.“

2. § 108 Absatz 2 wird gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 25 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

         „5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Absatz 1a des Vierten Buches überschreitet.“

      bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

         „§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

   b) Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

      „3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wurde vor Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres eine gesetzliche Dienstpflicht des Kindes erfüllt, besteht die Versicherung für den entsprechenden Zeitraum der Dienstpflicht auch über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus fort; dies gilt auch bei Erfüllung eines freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,“.

2. § 47a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den privaten Pflegeversicherungsunternehmen sowie mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten."

b) Absatz 2 wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sollen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich oder zweckmäßig ist. An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich oder zweckmäßig ist. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden."

c) Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und 6 wird durch die folgenden Nummern 5 bis 8 ersetzt:

„5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen,

6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind,

7. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden und

8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Pflegeversicherung zuständig sind.“

3. Nach § 50 Absatz 3 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 206a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

4. Nach § 56 Absatz 1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 225a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

5. In § 60 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „256a“ durch die Angabe „256b“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierzehnte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019, BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 179) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. die auf Grundlage eines Anspruchs nach einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 oder § 23 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches vorgenommen wurde oder, im Fall einer Schutzimpfung, gegenüber einer Person, die in der privaten Krankenversicherung versichert ist, in einem dem Anspruch nach einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches entsprechenden Umfang vorgenommen wurde,“.

2. § 113 Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Wurde die ursächliche Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 oder § 23 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches im Ausland vorgenommen, ist dasjenige Land zuständig, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung ihren oder seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, oder, wenn im Zeitpunkt der Antragstellung ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht vorhanden ist, ist dasjenige Land zuständig, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller zuletzt ihren oder seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat oder in dem die Behörde oder die Einrichtung ihren Sitz hat, für die die Antragstellerin oder der Antragsteller oder deren oder dessen Angehörige oder deren oder dessen Angehöriger tätig ist oder war.“

Artikel 9

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 78 Absatz 3a Satz 4 wird die Angabe „§ 130b Absatz 3a Satz 9“ durch die Angabe „§ 130b Absatz 3a Satz 10“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 8z3 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 9 wird der folgende § 9a eingefügt:

„§ 9a

(1) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang nach § 64f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind über das in § 8 beschriebene Ausbildungsziel hinaus erweiterte Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und nach wissenschaftlicher Methodik zu vermitteln.

(2) Die Ausbildung zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen erfolgt an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule. Sie kann im Rahmen einer Erstausbildung und für Personen, die bereits eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 oder nach § 16 Absatz 1 Satz 2 besitzen, durchgeführt werden. Sie muss nach Inhalt und Umfang geeignet sein, die erforderlichen Kompetenzen zur Ausübung der in § 64f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufgaben zu vermitteln. Der Umfang dieser Ausbildung soll mindestens 900 Stunden umfassen. Die erweiterten Kompetenzen sind in gesonderten hochschulinternen Curricula auszuweisen. Die erworbenen erweiterten Kompetenzen werden zum Abschluss der Ausbildung staatlich geprüft.

(3) Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 oder nach § 16 Absatz 1 Satz 2, die über eine Ausbildung zum Erwerb erweiterter Kompetenzen nach Absatz 2 verfügen, dürfen in Modellvorhaben nach § 64f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch diejenigen heilkundlichen Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen, die sie im Rahmen der Ausbildung nach Absatz 2 erlernt haben und beherrschen und die erforderlich sind, um eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns festzustellen, zu heilen oder zu lindern.“

Artikel 11

Änderung des Gesetzes über die Pflegeberufe

Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 33 Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Prozentsatz nach Absatz 1 Nummer 4 sowie den Prozentsatz nach Absatz 1 Nummer 2 anzupassen, so dass die Summe der Prozentsätze nach Absatz 1 Nummer 2 und 4 unverändert bleibt."

Artikel 12

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 152) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 29 Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe „§ 111b Absatz 6" wird durch die Angabe „§ 111b Absatz 2" ersetzt.

   b) Die Angabe „§ 132a Absatz 3" wird durch die Angabe „§ 132a Absatz 2" ersetzt.

2. § 29 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 1 werden das Komma und die Angabe „die Anerkennung von strukturierten Behandlungsprogrammen" gestrichen.

   b) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:

   „1a. Streitigkeiten zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden untereinander betreffend strukturierte Behandlungsprogramme nach den §§ 137f und 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Streitigkeiten zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen betreffend diese strukturierten Behandlungsprogramme, Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Krankenkassen und ihren Verbänden sowie gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen betreffend diese strukturierten Behandlungsprogramme, Klagen in Angelegenheiten der Bestimmung einer Schiedsperson betreffend diese strukturierten Behandlungsprogramme,".

3. § 29 Absatz 4 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe „§ 89" wird jeweils durch die Angabe „71b" ersetzt.

b) Die Angabe „§ 89a“ wird durch die Angabe „71c“ ersetzt.

Artikel 13

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist (KVLG 1989), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 6a wird durch den folgenden Absatz 6a ersetzt:

   „(6a) Nach Absatz 1 Nummer 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, für Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes oder wenn zumindest dem Grunde nach ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes besteht. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Ab-sicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nummer 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.“

   b) Absatz 9 Satz 3 wird gestrichen.

2. In § 3a Nummer 1 wird die Angabe „§ 6 Abs. 3a“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3a oder 3b“ ersetzt.

3. § 7 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

   „(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unternehmen tätigen Ehegatten oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Absatz 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten oder Lebenspartners bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten oder Lebenspartner aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht. Einnahmen aus ehrenamtlicher Tätigkeit bei Verbänden und Organisationen der Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus bleiben bei der Feststellung des Gesamteinkommens außer Betracht.“

4. § 8 Absatz 2a wird durch den folgenden Absatz 2a ersetzt:

„(2a) Der Anspruch auf Leistungen ruht für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind und Leistungen der Betriebshilfe nach § 9; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden. Ist das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse das Mitglied schriftlich darauf hinzuweisen, dass es im Falle der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen kann.“

5. § 42 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

(5) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Beiträge nach Absatz 1 nicht zu entrichten, solange sie Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erhalten oder Elterngeld beziehen. Durch die Beitragsfreiheit wird ein Anspruch auf Schadensersatz nicht ausgeschlossen oder gemindert.“

Artikel 14

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist (KSVG), wird wie folgt geändert:

In § 10 Absatz 2 Satz 1 und § 10a Absatz 2 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 6 Abs. 3a“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3a oder 3b“ ersetzt.

Artikel 15

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

bb) Satz 1 Nummer 10 und 11 werden durch die folgenden Nummern 10 und 11 ersetzt:

„10. die Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und

11. der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnorts.“

cc) Satz 1 Nummer 12 bis 16 werden gestrichen.

dd) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

„Auf Anforderung nach § 269 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten die Datenübermittlungen der Krankenkassen nach Satz 1 für die in der Anforderung benannten Berichtsjahre zusätzlich:

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

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

3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,

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

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

b) Absatz 2 wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verarbeitet die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und 8, soweit dies für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Verfahren und Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Prüfungen nach § 20 Absatz 1 erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Verfahren und Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für die Prüfungen nach § 20 Absatz 1 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Für die Zwecke nach Satz 1 sind

1. die Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 269 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4, 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. die Korrekturmeldungen nach Absatz 4 Satz 2 einschließlich deren Dokumentation und

3. die den Meldungen nach Nummern 1 und 2 zugrunde liegenden Daten

10 Jahre revisionssicher und nachprüfbar zu speichern oder aufzubewahren. Ist die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 oder im Einzelfall für die Verfahren und Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich, sind die in Satz 3 genannten Daten spätestens nach Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres zu löschen, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht.“

2. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 1 wird nach der Angabe „in ein nach § 137g“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und wird nach der Angabe „Behandlungsprogramm“ die Angabe „oder in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm“ eingefügt.

b) In Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „§ 137g“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und wird vor dem Komma am Ende die Angabe „und die Versichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm“ eingefügt.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „strukturiertes Behandlungsprogramm“ durch die Angabe „nach § 137g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm oder in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird im Satzteil vor der Aufzählung nach der Angabe „§ 137g“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und wird nach der Angabe „Behandlungsprogramm“ die Angabe „oder in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm“ eingefügt.

3. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

1. die risikoadjustierten Zu- und Abschläge und

2. die Werte nach § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie

3. die Werte nach § 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2

neu. Die Hälfte der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Leistungsausgaben der Krankenkasse für Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermitteln. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind im Jahresausgleich vollständig auszugleichen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 1 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool und nach Satz 3 ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und vor dem nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 zu korrigieren. Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die korrigierten Werte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

4. § 19 wird gestrichen.

5. § 21 wird gestrichen.

6. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Der Ausschluss von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 in der bis zum [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung ist nach Maßgabe des § 19 in der bis zum [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung letztmalig für das Ausgleichsjahr 2025 durchzuführen.“

b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 ist § 15 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung anzuwenden.“

c) Die Absätze 3 bis 5 werden gestrichen.

Artikel 16

Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, die zuletzt durch Artikel 15 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 10 wird die Angabe „nach § 15 Absatz 7“ durch die Angabe „gemäß den nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Anforderungen entsprechenden Voraussetzungen“ ersetzt.

bb) Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. Programmkosten für in strukturierte Behandlungsprogramme gemäß den nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Anforderungen entsprechenden Voraussetzungen eingeschriebene Versicherte, soweit diese Aufwendungen den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen,“.

b) In Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „nach § 15 Absatz 7“ durch die Angabe „gemäß den nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Anforderungen entsprechenden Voraussetzungen“ ersetzt.

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird die Angabe „mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,“ gestrichen.

3. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „und für strukturierte Behandlungsprogramme“ gestrichen.

b) Absatz 5 wird gestrichen.

c) Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Aus § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt sich, dass die Krankenkassen für jedes Berichtsjahr versichertenbezogen die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen übermitteln.“

d) Die Absätze 7 bis 9 werden gestrichen.

4. In § 17 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 16 Absatz 6“ das Komma durch die Angabe „sowie“ ersetzt und wird die Angabe „sowie die nach § 137g Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten“ gestrichen.

5. § 20 Absatz 4 wird gestrichen.

6. Die §§ 24 bis 26 werden gestrichen.

7. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2027 sind die §§ 4, 7, 15, 17 und 18 jeweils in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung anzuwenden.“

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Wird für das Ausgleichsjahr 2027 im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 4 für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung geprüft, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung erfüllt sind, sind hierbei Einschreibungen in ein nach § 137g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und Einschreibungen in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm zu prüfen.“

Artikel 17

Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung

Die Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung vom 28. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2324), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 4. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 75) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. 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 oder das Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen hat,“.

b) Die bisherigen Nummern 3 bis 5 werden zu den Nummern 4 bis 6.

2. § 4 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 3 und 4 eingefügt:

„3. 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,

4. für Arzneimittel, für deren Anwendung zur spezifischen Prophylaxe das Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen hat, innerhalb von vier Wochen nach dem Inkrafttreten der

Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

b) Die bisherigen Nummern 3 bis 7 werden zu den Nummern 5 bis 9.

Artikel 18

Außerkrafttreten

Am Tag der Verkündung dieses Gesetzes tritt die Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nummer 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. IS. 1532) geändert worden ist, außer Kraft.

Artikel 19

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, 111, 113 und 114, Artikel 2, Artikel 12 Nummer 2 und Artikel 16 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 98, 99, 102, 108 und 112 und Artikel 6 Nummer 1 treten am 1. Januar 2029 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 104 tritt am 1. Januar 2030 in Kraft.

(5) Artikel 6 Nummer 2 tritt am 1. Januar 2033 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

1. Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1; L 117 vom 3.5.2019, S. 9; L 334 vom 27.12.2019, S. 165; L 241 vom 8.7.2021, S. 7), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2025/2457 vom 26. November 2025 (ABl. L, 2025/2457, 12.12.2025) geändert worden ist

2. Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 300/2008, (EU) Nr. 167/2013, (EU) Nr. 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 und (EU) 2019/2144 sowie der Richtlinien 2014/90/EU, (EU) 2016/797 und (EU) 2020/1828 (Verordnung über künstliche Intelligenz) (ABl. L, 2024/1689, 12.7.2024)

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der steigenden Zahl von Versicherten, die auf Hilfsmittel angewiesen sind, zunehmend an Bedeutung. Um den Erfolg medizinischer Behandlungen zu sichern, drohenden Behinderungen vorzubeugen oder bereits bestehende Behinderungen auszugleichen, hat der Gesetzgeber die rechtlichen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in den vergangenen Jahren erheblich weiterentwickelt. Dies umfasste unter anderem den Auftrag an den GKV-Spitzenverband, das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V unter Beteiligung betroffener Spitzenorganisationen der Hersteller und Leistungserbringer sowie der maßgeblichen Patientenorganisationen grundsätzlich zu überarbeiten, in festgelegten Abständen auf Fortschreibungsbedarf zu prüfen und verbindliche Qualitätsstandards festzulegen. Um negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität auszuschließen, wurde die Ausschreibungsoption für Hilfsmittel aufgehoben, sodass die Versorgung seither vorrangig über Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen ist. Flankierend dazu wurden die Krankenkassen verpflichtet, für mehr Transparenz über die von ihnen geschlossenen Verträge zu sorgen und die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch ihre Vertragspartner zu kontrollieren. Leistungserbringer erhielten Beratungspflichten gegenüber den Versicherten.

Das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V wurde für alle Leistungserbringer, die beabsichtigen, Verträge zur Hilfsmittelversorgung mit Krankenkassen zu schließen, verpflichtend gemacht. Zum Zwecke des Bürokratierückbaus hatten der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abzugeben.

Trotz dieser Stärkung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zeigen Berichte des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) und des Bundesrechnungshofs (BRH) erhebliche Umsetzungsdefizite auf: So kommen die Krankenkassen ihren Überwachungs- und Informationspflichten nur unzureichend nach. Die geschlossenen Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln haben für die Praxis keine wesentliche Bedeutung erlangt, weshalb der Abschluss und die Pflege der Vielzahl von Verträgen weiterhin mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden ist. Darüber hinaus haben höchstrichterliche Rechtsprechung und eine zum Teil veränderte Verwaltungspraxis Unsicherheiten hinsichtlich einzelner Vorgaben entstehen lassen. Ziel ist es, diese bestehenden Umsetzungsdefizite zu beheben, Rechtssicherheit zu gewährleisten und eine qualitativ hochwertige Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln nachhaltig sicherzustellen.

Sowohl in der Hilfsmittelversorgung als auch in vielen anderen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens birgt der Rückbau von Bürokratie ein großes Potenzial, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu stärken, die Leistungserbringer zu entlasten sowie neue Kapazitäten zu schaffen. Insbesondere Leistungserbringer sind mit einer Vielzahl von gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie sonstigen Verpflichtungen der Selbstverwaltung konfrontiert, die in der Vergangenheit zu erheblicher Bindung personeller Ressourcen und dem Aufbau notwendiger Infrastrukturen geführt haben. Dies betrifft unter anderem die Nachweis- und Meldepflichten für die Quali-

tätssicherung. Zwar sind insoweit mit den Änderungen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz erste Schritte zur Entbürokratisierung angestoßen worden, trotzdem gibt es weiterhin eine Vielzahl von Vorgaben, die jeweils die gleichen oder sehr ähnliche Sachverhalte erfassen, allerdings mit unterschiedlichen Adressaten, unterschiedlichen Zeiträumen, unterschiedlichen Abgabefristen und unterschiedlichen Meldeformaten.

Darüber hinaus sind im Gesundheitswesen weitere Verbesserungspotenziale und Weiterentwicklungsbedarfe festzustellen.

In folgenden Bereichen wurden Anpassungsbedarfe im vorgenannten Sinn identifiziert:

Das Schiedswesen im SGB V ist durch vielfache Anpassungen und Ergänzungen über die Jahre in den jeweiligen Leistungsbereichsnormen unübersichtlich und schwer handhabbar geworden. Auch leidet das Schiedswesen aufgrund einer Vielzahl von Handlungsinstrumenten unter einer Behäbigkeit, die das eigentliche Ziel der Einigung untergräbt. Ziel ist es, die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort zu bündeln und die Spezialregelungen dadurch zu entlasten. Darüber hinaus erfolgen Anpassungen und eine Neustrukturierung der Schiedsstellenregelungen des KHG.

Für die Tätigkeit diverser Ausschüsse, Gremien sowie Schiedsämter sollen – unter Wahrung der Ziele der ihnen obliegenden Verfahren – gleichgerichtete Regelungen zur Ermöglichung von digitalen und hybriden Sitzungen geschaffen werden, um Verfahren zu vereinfachen, zu digitalisieren und zu beschleunigen. Mit Blick auf § 64a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, der es den Organen und Entscheidungsgremien der Sozialversicherungsträger (unter anderem der Krankenkassen) mittlerweile dauerhaft möglich macht, hybride und digitale Sitzungen durchzuführen, soll die Zulässigkeit dieser heutigen Sitzungsformate rechtssicher auch für andere Selbstverwaltungsorgane und -gremien im SGB V erfolgen. So erfolgt etwa die Klarstellung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sowie diverse Schiedsstellen die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Dies stärkt die Funktionsfähigkeit der betreffenden Selbstverwaltungsgremien und ermöglicht eine effizientere Durchführung ihrer Sitzungen.

In der Praxis wird die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur spezifischen Prophylaxe uneinheitlich gehandhabt. Bisher kann ein Anspruch auf die Versorgung zwar bereits gegeben sein, sofern die höchstrichterlich konkretisierten Voraussetzungen vorliegen, also im Einzelfall das Erkrankungsrisiko bereits angelegt ist, bei ungehindertem Verlauf der Eintritt einer vermeidbaren Krankheit konkret droht und daher eine medizinische Intervention erforderlich ist. Allerdings kommt es im Versorgungsalltag zu einer unterschiedlichen Interpretation des Leistungsanspruchs. Die in der Versorgung auftretenden Unsicherheiten bezüglich des Leistungsanspruchs sollen ausgeräumt werden.

Für die Teilnahme an der pädiatrischen fachärztlichen Versorgung bestehen unterschiedliche zulassungsrechtliche Rahmenbedingungen für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung einerseits und Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzweiterbildung andererseits. Kinder- und Jugendärzte können neben der hausärztlichen Versorgung zusätzlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit sie im Rahmen einer Schwerpunkt-Weiterbildung eine Schwerpunktbezeichnung erworben haben. Maßgebliche qualitative Unterschiede zwischen einer Spezialisierung in Form einer Schwerpunkt-Weiterbildung oder einer Zusatz-Weiterbildung bestehen indes nicht. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Zusatzweiterbildung sollen daher zulassungsrechtlich den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten mit Schwerpunktbezeichnung gleichgestellt werden.

Hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen verschiedene Herausforderungen. So haben Kinder und Jugendliche im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung spezifische Versorgungsbedürfnisse, zudem ist für sie eine flächendeckende und zielgerichtete Versorgung besonders

wichtig. Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielgerichtet zu verbessern, zu erleichtern und auch perspektivisch sicherzustellen. Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen wird in der Bedarfsplanung Rechnung getragen. Darüber hinaus werden bei der Psychotherapie Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Antrag auf Kurzzeittherapie sowie notwendige Regelungen für die Umsetzung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens vorgesehen. Auf regionaler Ebene sollen bedarfsgerechte Versorgungskonzepte zur Versorgung psychisch kranker Menschen ohne zeitliche Befristung ermöglicht werden. Aus der Versorgungspraxis der psychosomatischen Institutsambulanzen wird berichtet, dass das bisherige Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung ein wesentliches Zugangshindernis darstellt. Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag der Fraktionen der SPD und der CDU/CSU vor, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für psychosomatische Institutsambulanzen weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund soll der Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen erleichtert werden, indem das bisherige Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung gelockert wird. Darüber hinaus soll eine Überprüfung der Definition der für psychosomatische Institutsambulanzen relevanten Patientengruppe dahingehend erfolgen, ob die Festlegung etwaig veränderten Versorgungsbedürfnissen entspricht und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse Rechnung trägt.

Bisher sind Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht befugt, im Rahmen der GKV eigenverantwortlich heilkundliche Tätigkeiten im Bereich der Physiotherapie durchzuführen. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen erwerben Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Rahmen der derzeitigen bundesrechtlich geregelten Ausbildung nicht. Folglich fehlt es in Deutschland an systematischen Erfahrungen darüber, welche Effekte ein direkter Zugang von Patientinnen und Patienten zu physiotherapeutischen Leistungen erzielen könnte. Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang können wichtige Impulse setzen und die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Versorgungsbereichs fördern. Durch eine verpflichtende wissenschaftliche Begleitung und Auswertung dieser Modellvorhaben lassen sich Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der neuen Versorgungsform systematisch überprüfen. Eine Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang könnte zudem die Attraktivität des Berufs steigern und so langfristig zur Sicherung des Fachkräftebedarfs beitragen. Um belastbare Erkenntnisse über die Auswirkungen des Direktzugangs in der Physiotherapie zu gewinnen, sind Modellvorhaben unverzichtbar. Sie ermöglichen eine systematische Evaluation der Versorgungsqualität und liefern so die notwendige Grundlage, um Schlussfolgerungen für die künftige Ausgestaltung der physiotherapeutischen Versorgung abzuleiten.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurden eingeführt, um für chronisch Kranke den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Kernelement ist deshalb eine koordinierte, sektorenübergreifende, leitliniengerechte Behandlung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz. Das Versorgungsangebot ist bisher für alle Akteure freiwillig: Versicherte können freiwillig an von ihrer Krankenkasse (ebenfalls freiwillig) angebotenen DMP teilnehmen. Gleiches gilt für die Leistungserbringer. Der G-BA hat die gesetzliche Aufgabe, chronische Erkrankungen auszuwählen, die sich für ein DMP eignen, sowie die inhaltlichen Anforderungen in seiner DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) zu bestimmen. Die DMP-A-RL ermöglicht derzeit DMP in elf Indikationen, die entsprechenden Anforderungen werden laufend vom G-BA aktualisiert. Bereits seit Jahren in der Versorgung etabliert sind DMP für sechs Krankheiten: Asthma bronchiale, Brustkrebs, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit. Noch nicht umgesetzt in der Versorgung vor Ort sind DMP für weitere fünf Krankheiten: Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Chronischer Rückenschmerz, Depressionen, Osteoporose. Zudem hat der G-BA aufgrund eines gesetzlichen Auftrags das DMP Adipositas entwickelt. Ziel ist es, die Umsetzung von DMP in der Versorgung zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen weisen einen hohen Bedarf an präventiver und kurativer zahnmedizinischer Versorgung auf. Aufgrund ihrer spezifischen Lebenssituation ist der Zugang zur Behandlung oft erschwert, was häufig zu vermeidbaren Krankheiten und Krankenhausaufenthalten führt. Um die Mundgesundheit dieser Gruppe signifikant zu verbessern, sollen die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V - die bisher stationären Pflegeeinrichtungen vorbehalten sind – auf stationäre Behinderteneinrichtungen ausgeweitet werden.

Die Nachweis- und Meldewege für die gesetzliche Qualitätssicherung werden verschlankt und vereinheitlicht. Das sogenannte „Once-Only-Prinzip“ wird in der gesetzlichen Qualitätssicherung eingeführt, damit Leistungserbringer zukünftig nur noch verfahrensübergreifend einmal Daten melden müssen. Dabei werden Leistungserbringerdaten einmal erhoben und für die Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet. Leistungserbringer müssen bereits übermittelte Daten nicht erneut an eine andere Stelle melden. Darüber hinaus wird im Sinne eines „One-Stop-Shop“-Verfahrens eine verfahrensübergreifende zentrale Datenannahmestelle eingerichtet. Dadurch entfallen zeitaufwändige Doppelmeldungen. Die Umsetzung erfolgt untergesetzlich durch den G-BA. Die Telematikinfrastruktur wird als zentrale Struktur für die jeweilige Übermittlung der Leistungserbringerdaten genutzt. Datennutzende Stellen müssen primär mit Routinedaten arbeiten, um ihre gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen. Erst wenn vorhandene Routinedaten nicht ausreichen, werden neue Daten erhoben. Die Erhebung neuer Daten wird zum Ausnahme- und nicht zum Regelfall. Mit der zusätzlichen Anbindung der Qualitätssicherung an die Telematik-Infrastruktur werden historisch gewachsene Doppelstrukturen abgebaut und der Weg für zukünftige automatisierte technische und insbesondere ressourcenschonende Lösungen geebnet. Durch den großen Bürokratierückbau haben Leistungserbringer und Gesundheitspersonal zukünftig mehr Zeit für die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen fügen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kontinuierlich große finanzielle Schäden zu. Seit dem Jahr 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen – wenn angezeigt auch deren Landesverbände – sowie der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Fehlverhaltensbekämpfungsstellen zu betreiben. Der GKV-Spitzenverband berichtet alle zwei Jahre über die Arbeit dieser Stellen und leitet Handlungsempfehlungen daraus ab (zuletzt mit dem 8. Fehlverhaltensbericht vom Februar 2025). Danach muss die Fehlverhaltensbekämpfung unter anderem durch ergänzende gesetzliche Regelungen weiterentwickelt und effektiviert werden. Ziele sind dabei, die Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu stärken und die erfolgreiche Aufdeckung zum Beispiel von Betrugsfällen zu fördern.

Damit die Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (RSA) nach § 273 SGB V weniger bürokratieaufwändig und schneller durchgeführt werden können, werden insbesondere die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen ersetzt. Da ein pauschaliertes Kürzungsverfahren zugunsten der Bürokratieentlastung auf die aufwändige Feststellung eines Rechtsverstoßes verzichtet und auffällige Krankenkassen folglich nicht gegen die Feststellung eines Rechtsverstoßes argumentieren können, wird ihnen als Ausgleich ein Toleranzbereich im Kürzungsverfahren zugestanden. Zugleich werden die effektiven anlassbezogenen Einzelfallprüfungen bei Vorliegen eines konkreten Verdachts gestärkt. Beides trägt dazu bei den RSA manipulationsresistenter zu machen.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS hat sowohl in seinem am 29. Januar 2024 veröffentlichten Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im RSA als auch in seinem am 15. Mai 2025 veröffentlichten Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 die Abschaffung dieses Instruments empfohlen. Der Ausschluss auffälliger Risikogruppen führe zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen, während seine beab-

sichtigte Wirkung – die Vermeidung von ungerechtfertigten Steigerungen der Diagnosefallzahlen – nicht nachgewiesen werden könne.

Im Hinblick auf den Grundsatz der Datensparsamkeit und zur Vermeidung nicht zwingend erforderlicher Bürokratieaufwände sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf der Seite des BAS sollen die von den Krankenkassen bislang seit dem Berichtsjahr 2022 zu meldenden zusätzlichen RSA-Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V künftig nur noch bedarfsabhängig zu übermitteln sein, wenn diese Daten vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA zur Erfüllung eines Gutachtenauftrags benötigt werden.

Nach § 106 Absatz 3 Satz 3 und 5 ist eine Ausschlussfrist für die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung geregelt. Diese gilt nicht für Beratungen, die den Nachforderungen und Kürzungen vorauszugehen hat. Für Beratungen gilt die gesetzliche Verjährungsfrist von vier Jahren. Die in § 106 Absatz 3 Satz 3 und 5 geregelten Ausschlussfristen sollen auch für die genannten Beratungen gelten, um eine Gleichsetzung zu erzielen. Zudem gibt es in der Abrechnungsprüfung noch keine Ausschlussfristen für die Antragsstellung. Diese so wie die Frist zu Entscheidung über die Anträge und zur Festsetzung von Maßnahmen sollen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung angeglichen werden. Auch soll das Einreichen von teilweise offensichtlich unbegründeten Anträgen durch die Krankenkassen eingeschränkt werden, in dem die Prüfungsstellen künftig eine Vorabprüfung durchführen sollen.

Anpassungen des Zusatzbeitrags erfolgen bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung aus verfahrenstechnischen Gründen mit einer zweimonatigen Verzögerung. Dadurch entgehen der GKV Einnahmen im Falle von Beitragssatzerhöhungen.

Krankenkassen müssen versicherungsmathematische Gutachten, die über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen, Auskunft geben, den Aufsichtsbehörden alle drei Jahre vorlegen. Dies bindet sowohl Ressourcen bei den jeweiligen Krankenkassen als auch bei den zuständigen Aufsichtsbehörden.

Für die Bonusprogramme nach § 65 Absatz 3 SGB V müssen Krankenkassen alle drei Jahre den Aufsichtsbehörden Rechenschaftsberichte vorlegen, in denen sie die die Einsparungen und Effizienzsteigerungen darstellen, die mit dem jeweiligen Bonusprogramm erzielt werden können. Dies sorgt für einen erhöhten bürokratischen Aufwand bei den Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden.

Die geltenden Regelungen im Bereich der Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze führen im Bereich des Nachweises einer chronischen Erkrankung sowie des erteilten Befreiungszeitraums zu Bürokratie, die es zu vermeiden gilt.

Die Evaluationspflicht zum Blankoverordnungsverfahren im Bereich häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 Absatz 9 und 10 SGB V führt mangels einer validen, repräsentativen Datenbasis und der bereits erfolgten Befugniserweiterung der Pflegekräfte durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 (BGBl. I Nr. 371) zu unnötiger Bürokratie.

Komplexe Regelungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht belasten die Krankenkassen und Versicherten ebenfalls mit Bürokratie. Bislang wurde der Begriff des „anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall“ SGB V einheitlich interpretiert und angewandt. Eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 10. März 2022, Az. B 1 KR 30/20 R) hat dieses einheitliche Verständnis nunmehr im Hinblick die obligatorische Anschlussversicherung in Frage gestellt. Ziel der Ergänzung in § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung zur Herstellung eines einheitlichen Begriffsverständnisses. Zugleich bedarf es einer automatischen Beendigung der infolge des Urteils begründeten Mitgliedschaften, da den Betroffenen laufend Beitragsschulden entstehen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Hilfsmittelversorgung

Um bestehende Umsetzungsdefizite der aktuellen Rechtslage zu beheben, Rechtssicherheit und eine angemessene, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zu gewährleisten, bedarf es einzelner gesetzlicher Änderungen und Ergänzungen sowie Konkretisierungen bereits bestehender gesetzlicher Pflichten der an der Versorgung beteiligten Akteure. Im Einzelnen:

Rahmenvertrag: Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer werden zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Vorgaben beauftragt, einen Rahmenvertrag über rein administrative Vertragsinhalte zu schließen, der für alle Vertragsschlüsse im Hilfsmittelbereich bindende Wirkung hat.

Schiedsstelle: Um der bundesweiten Bedeutung des einheitlichen Rahmenvertrags im Hilfsmittelbereich gerecht zu werden und einen effizienten und effektiven Konfliktlösungsmechanismus im Hilfsmittelbereich zu schaffen, wird eine dauerhafte Schiedsstelle im Hilfsmittelbereich eingerichtet.

- Empfehlungskompetenz von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB): Um bestehende Umsetzungsschwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Empfehlung von Hilfsmittelversorgungen durch in SPZ und MZEB tätige Ärztinnen und Ärzte zu beheben, sollen die Anforderungen an diese Empfehlung und deren Rechtswirkungen präzisiert werden.

- Präqualifizierungsverfahren: Das Präqualifizierungsverfahren dient dem zentralen Nachweis zur generellen Eignung der Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln und zur Berechtigung Verträge mit den Krankenkassen über die Hilfsmittelversorgung zu schließen. Zur Vermeidung unnötiger Doppelprüfungen soll die Präqualifizierungspflicht für einige Leistungserbringergruppen, deren Eignung bereits auf anderem Wege sichergestellt ist, entfallen. Darüber hinaus sollen zur Begrenzung des Aufwands Betriebsbegehungen als Überwachungsmittel nur noch in besonderen Fällen zulässig sein.

- Qualitätskontrollen im Hilfsmittelbereich: Die Vorgaben für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch die Krankenkassen werden konkretisiert. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband jährlich unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen und Selbsthilfezusammenschlüsse einen Versorgungsbereich festzulegen, in dem die Krankenkassen im Folgejahr verbindlich Qualitätsprüfungen durchzuführen haben. Die Ergebnisse sind durch den GKV-Spitzenverband regelmäßig in einem Bericht zu veröffentlichen. Darüber hinaus werden die unverbindlichen Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmitteversorgung konkretisiert und in verbindliche Richtlinien überführt.

  Versicherteninformationen: Die Informationspflichten der Versicherten werden konkretisiert. Sie müssen umfassend über den gesamten Versorgungsprozess informiert werden. Klargestellt wird auch, über welche wesentlichen Inhalte der Hilfsmittelverträge die Versicherten zu informieren sind.

Schiedswesen

Durch die Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“ werden die über die Jahre immer detaillierter ausgestalteten Regelungen zu den Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort gebündelt. Hierdurch werden die Spezialregelungen entlastet und anwendungsfreundlicher. Durch die Abschaffung von Vorverfahren und den Ausschluss der auf-

schiebenden Wirkung von Klagen werden die Schiedsverfahren beschleunigt und entbürokratisiert. Die Neustrukturierung sowie Anpassungen der Schiedsstellenregelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) dienen insbesondere einer Verfahrenserleichterung und -vereinheitlichung und schaffen eine bessere Abgrenzbarkeit zu anderen im Gesundheitswesen bestehenden Schiedsstellen.

Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien

Um die Möglichkeiten der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen für diverse Selbstverwaltungsorgane und -gremien nach dem SGB V – jeweils unter Wahrung der ihnen obliegenden Verfahrensziele – zu vereinheitlichen und gegebenenfalls klarzustellen, werden gesetzliche Regelungen beziehungsweise die explizite gesetzliche Regelungsbefugnis geschaffen.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den G-BA sowie diverse Schiedsstellen wird jeweils klargestellt, dass sie die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Hierzu erfolgen entsprechende Ergänzungen in den Regelungen der §§ 71d, 81 und 91 SGB V. Danach besitzen die Selbstverwaltungsorganisationen einen weiten Gestaltungsspielraum für die Nutzung neuer Sitzungsformate und können hierzu in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen auch gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung treffen.

Auch für die Landes- und Bundesschiedsämter, die sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Bundes- und Landesebene sowie die Landesausschüsse wird in den §§ 71b, 71c und 90 SGB V vorgesehen, dass diese ergänzende Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen können.

Durch die Möglichkeit der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen können Verfahren vereinfacht, digitalisiert und beschleunigt sowie Aufwand und Kosten gespart werden.

Spezifische Prophylaxe

Die Klarstellung des Leistungsanspruchs auf spezifische Prophylaxe verfolgt das Ziel, die in der Versorgung aufgetretenen Unsicherheiten bezüglich des Leistungsanspruchs auszuräumen. Der G-BA wird 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 (STIKO) beim Robert Koch-Institut zu erfolgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu berücksichtigen.

Sozialpädiatrische Zentren

Es wird die Möglichkeit für Versicherte bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres geschaffen, in einem SPZ behandelt zu werden, sofern dies im Einzelfall sachgerecht ist.

Krankengeld für Hauptberuflich Selbstständige

Es wird klargestellt, dass es bei Versicherten, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, für die Geltendmachung des Krankengeldanspruchs nicht einer ununterbrochenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen bedarf. Auf derselben Krankheit beruhende Arbeitsunfähigkeitszeiten sind – auch bei mehreren Phasen von Arbeitsunfähigkeit und zwischenzeitlicher Arbeitsfähigkeit – anzurechnen, so dass sich der realisierbare Krankengeldanspruch im Ergebnis nicht von dem versicherter Arbeitnehmer unterscheidet. Hierzu wird vorgesehen, dass der An-

spruch für die genannte Personengruppe zwar ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an entsteht, jedoch für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung nach § 49 SGB V ruht. Der Ruhenszeitraum verkürzt sich unter Anrechnung von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Anlehnung an § 3 Absatz 1 Satz 2 Entgeltfortzahlungsgesetz. Eine entsprechende Rechtsanpassung erfolgt auch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten.

Vertragsärztliche Versorgung

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Zusatzweiterbildung werden zulassungsrechtlich den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten mit Schwerpunktbezeichnung gleichgestellt, so dass auch ihnen die Erbringung fachärztlicher kinderärztlicher Leistungen im Rahmen ihrer Zusatzbezeichnung ohne eine weitere Befassung des Zulassungsausschusses ermöglicht wird.

Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung wird durch eine separate Bedarfsplanung für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, Rechnung getragen. Sie bilden zukünftig eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe. Die gesonderte Bedarfsplanung für diese Arztgruppe ermöglicht zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten.

Ambulante Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen wird vereinfacht. Dem G-BA wird aufgegeben, das Antragsverfahren für die Beantragung von Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren umzustellen. Darüber hinaus werden notwendige Regelungen für die Umsetzung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie ergänzt.

Der Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen wird erleichtert. Hierzu wird das bisherige Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung gelockert, sodass auch Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten an eine psychosomatische Institutsambulanz überweisen können. Die Regelung wird bis zum Juni 2028 befristet und begleitend vom GKV-Spitzenverband hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation sind dem BMG bis zum Ende des Jahres 2027 mitzuteilen, um eine Entscheidung über eine Entfristung der Regelung zu ermöglichen. Darüber hinaus erfolgt durch die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Überprüfung, ob die Definition der Patientengruppe psychosomatischer Institutsambulanzen etwaig veränderten Versorgungsbedürfnissen entspricht und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse Rechnung trägt. Das Ergebnis der Prüfung wird dem BMG mitgeteilt.

Zuzahlungen und Belastungsgrenze

Der Wegfall der Anforderung der Chronikerbescheinigung sowie der Wegfall der Belastungsgrenzen-Berechnung führt zu vereinfachten Verfahrensabläufen und dient damit dem Ziel des Bürokratierückbaus.

Verstetigung Modellvorhaben für psychisch Kranke

Durch die Streichung der Befristung (im Regelfall auf längstens 15 Jahre) der auf die sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung ausgerichteten Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b, können auf regionaler Ebene bedarfsgerechte Versorgungskonzepte zur Versorgung psychisch kranker Menschen ohne

zeitliche Befristung ermöglicht werden. Damit erhalten laufende Modellvorhaben Planungssicherheit und laufen nicht Gefahr, beendet zu werden.

Heilmittelversorgung

Es werden die erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung von Modellvorhaben zur Erprobung der Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang geschaffen. Neben den Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben an sich, wird auch der zur Teilnahme an den Modellvorhaben berechtigte Personenkreis geregelt. Durch diese Modellvorhaben wird es ermöglicht, die Auswirkungen auf die Versorgung und Versorgungsqualität systematisch zu evaluieren und daraus Schlussfolgerungen für die künftige Ausgestaltung der physiotherapeutischen Versorgung abzuleiten.

Darüber hinaus wird bei der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sog. Blankoverordnung) eine gesetzliche Klarstellung dahingehend vorgenommen, dass die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer gemäß § 125 Absatz 1 SGB V geschlossenen Verträge auch für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gelten.

Des Weiteren werden die Vertragspartner im Heilmittelbereich verpflichtet, im Heilmittelvertrag nach § 125 SGB V Fälle zu regeln, in denen bei Beanstandungen der Abrechnung wegen formaler Fehler der vertragsärztlichen Heilmittelverordnung eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt. Dadurch sollen unverhältnismäßige Vergütungskürzungen und unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden sowie die Rechtssicherheit erhöht werden.

Vereinfachung und Beschleunigung von Strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme - DMP)

Mit dem Ziel, die Umsetzung von DMP in der Versorgung zu vereinfachen und zu beschleunigen, werden insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten zu allen vom G-BA festgelegten Krankheiten DMP anzubieten und sie darüber zu informieren. Die Versicherten haben entsprechend einen Leistungsanspruch auf Teilnahme an DMP. Die Teilnahme bleibt für die Versicherten wie bisher freiwillig.

- Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots an DMP haben die Krankenkassen innerhalb festgelegter Fristen mit den Leistungserbringern Verträge zur Umsetzung der DMP zu schließen. Hierfür wird ein Konfliktlösungsmechanismus mit Vorgaben für die Durchführung eines Schiedsverfahrens eingerichtet.

- Die besonderen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Entwicklung und Durchführung von DMP (sogenannte Programmkostenpauschale) werden entfallen. Dafür erfolgt eine Berücksichtigung der programmbedingten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich.

- Auf die bislang erforderliche Zulassung der DMP durch das BAS sowie auf eine taggenaue Erfassung der Versichertenteilnahme an DMP wird im Hinblick auf die Abschaffung der Programmkostenpauschale verzichtet. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen erfolgt damit wie auch in anderen Leistungsbereichen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden.

- Die Anforderungen an die im Rahmen der DMP vorgesehenen Schulungen werden konkretisiert. Dem G-BA wird aufgegeben, die Anforderungen so auszugestalten, dass sie auf Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Es wird zudem

klargestellt, dass Schulungen grundsätzlich auch digital oder telemedizinisch erfolgen können.

Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Um die Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, wird sichergestellt, dass mindestens 20 Prozent der Mittel vom Strukturfonds hierfür eingesetzt werden.

Die gesetzliche Vorgabe in § 119b SGB V, dass stationäre Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf einen Kooperationsvertrag mit dafür geeigneten Vertragszahnärztinnen und -ärzten zu schließen haben, gilt künftig auch für stationäre Behinderteneinrichtungen.

Regelungen zur Entlastung der Krankenhäuser

Zur Entlastung der Krankenhäuser von Bürokratieaufwand werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Dazu gehört, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen von einer differenzierten Datenübermittlung zu ihrem Pflegepersonal entlastet werden. Zudem wird zukünftig auf die Erbringung von Nachweisen für eine zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal in somatischen Krankenhäusern sowie in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verzichtet. Durch die Klarstellung der Verbindlichkeit der Information zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu der Frage, inwieweit diese bereits sachgerecht vergütet werden, werden potenzielle Streitigkeiten zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern auf der Ortsebene vermieden. Darüber hinaus werden Krankenhäuser, die verlegte Patientinnen oder Patienten aufnehmen, von Bürokratieaufwand hinsichtlich der Erlangung von für eine regelkonforme Abrechnung erforderlichen Informationen über die stationäre Aufenthaltsdauer entlastet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wird entlastet, indem zukünftig auf die jährliche Erstellung des sogenannten Extremkostenberichts verzichtet wird.

Vereinfachung von Nachweis- und Meldepflichten für die gesetzliche Qualitätssicherung

Es wird das Once-Only-Prinzip in der Qualitätssicherung eingeführt, damit Leistungserbringer zukünftig nur noch verfahrensübergreifend einmal Daten melden müssen. Ebenso wird gemäß eines One-Stop-Shop-Verfahrens nur noch eine verfahrensübergreifende zentrale Datenannahmestelle eingerichtet. Dadurch entfallen Doppelmeldungen. Die Umsetzung erfolgt untergesetzlich durch den G-BA. Mit der zusätzlichen Anbindung der Qualitätssicherung an die Telematik-Infrastruktur werden historisch gewachsene Doppelstrukturen abgebaut und der Weg für zukünftige automatisierte technische und ressourcenschonende Lösungen geebnet.

Streichung der Verpflichtung zum Vertragsabschluss und Wegfall der Ausgabenpflicht für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

An die Stelle der Verpflichtung der Krankenkassen, Qualitätsverträge zu schließen, tritt eine freiwillige Möglichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen. Die Verpflichtung zur Ausgestaltung von Rahmenverträgen nach § 110a Absatz 2 und die Ausgabenpflicht nach § 110a Absatz 3 SGB V werden gestrichen. Die Ausgabenpflicht der Krankenkassen für Qualitätsverträge und der damit verbundene Berechnungsmechanismus für Unterausgaben beim GKV-Spitzenverband sowie die Kenntnisgabe an das BAS entfallen daher. Die Möglichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen wird auf freiwilliger Basis beibehalten, um weiterhin ein Modell, das finanzielle Anreize direkt an messbare individuelle Leistungen knüpft, offen zu halten. Die Evaluationspflicht der Qualitätsverträge bleibt bestehen, damit der G-BA Erkenntnisse hieraus für die Versorgung in seinen Richtlinien berücksichtigen kann.

Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung

Um die Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen zu stärken und zu effektivieren, sollen die Landesverbände nunmehr ausnahmslos sowie systemübergreifend die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen in diese Aufgabe einbezogen werden. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden verpflichtet, personenbezogene Daten untereinander und an andere Einrichtungen zu übermitteln und auszuwerten. Die Voraussetzungen für die Auswertung der Daten durch moderne Datenverarbeitungsmethoden, wie der Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI), werden gesetzlich klargestellt und die Datenübermittlungsbefugnisse erweitert. Mit der Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Vorlage eines gutachtenbasierten Konzepts für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank soll ein ergänzendes Instrument der Fehlverhaltensbekämpfung entwickelt werden.

Regelungen zu den Prüfungen von Krankenkassen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens

Im Sinne der fortschreitenden Digitalisierung wird die Option für die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen, prüfungsrelevante Daten elektronisch und in einer bestimmten Form anfordern zu können, auf die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, auf die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie auf die Medizinischen Dienste und den Medizinischen Dienst Bund ausgeweitet. Diese Möglichkeit der elektronischen Datenanforderung in einer bestimmten Form hatten die prüfenden Stellen bislang allein bei der Prüfung der Krankenkassen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes.

Neukonzeption der Prüfungen der Risikostrukturausgleich (RSA)-Datenmeldungen

Damit die Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA nach § 273 SGB V weniger bürokratieaufwändig und schneller durchgeführt werden können, werden insbesondere die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen ersetzt. Da ein pauschaliertes Kürzungsverfahren zugunsten der Bürokratieentlastung auf die aufwändige Feststellung eines Rechtsverstoßes verzichtet und auffällige Krankenkassen folglich nicht gegen die Feststellung eines Rechtsverstoßes argumentieren können, wird ihnen als Ausgleich ein Toleranzbereich im Kürzungsverfahren zugestanden. Zugleich werden die effektiven anlassbezogenen Einzelfallprüfungen bei Vorliegen eines konkreten Verdachts gestärkt.

Abschaffung des Ausschlusses auffälliger Risikogruppen im RSA-Jahresausgleich

Der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS folgend wird der Ausschluss auffälliger Risikogruppen abgeschafft. Diese Maßnahme ist auch im Hinblick auf das mit der Neukonzeption der Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA nach § 273 SGB V eingeführte pauschalierte Kürzungsverfahren geboten, da ansonsten neben diesem verursachergerecht auf Einzelkassenebene wirkenden Instrument zusätzlich der Ausschluss auffälliger Risikogruppen auf Ebene der gesamten GKV pauschal morbiditätsbezogen Zuweisungen kürzen würde.

Übermittlungspflicht für zusätzliche RSA-Datenmeldungen in Abhängigkeit von einem Untersuchungsauftrag des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA

Die bislang regelhaft jährlich von den Krankenkassen gemäß § 269 Absatz 5 SGB V zu übermittelnden zusätzlichen RSA-Daten sind künftig nur noch bedarfsabhängig zu melden, wenn diese zusätzlichen Daten vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA zur Erfüllung eines Gutachtenauftrags benötigt werden.

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

Die geregelten Ausschlussfristen für die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden auf die Beratungen angewendet. Die Fristen in der Wirtschaftlichkeits- und in der Abrechnungsprüfung werden angepasst. Zudem werden die Prüfungsstellen in die Abrechnungsprüfung zu einer Vorabprüfung einbezogen und können ebenfalls mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Hochschulambulanzen, Weiterbildungsambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren sowie medizinische Behandlungszentren beauftragt werden.

Streichung von Vorlage- und Berichtspflichten

Die Vorlagepflicht der Gesamtverträge und Verträge über die Gesamtvergütung bei den Aufsichtsbehörden entfällt. Die Verträge sind nur noch auf Anforderung der Aufsichtsbehörden zu übersenden. Auch die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das BMG über die Auswirkungen der Vergütung zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA wird gestrichen. Ebenso die Berichtspflicht über die Abrechnung palliativ-medizinischer Leistungen.

Die Evaluationspflicht im Bereich der „Blankoverordnung“ für Häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 9 und 10 SGB V wird ebenfalls gestrichen.

Zum Bürokratierückbau wird darüber hinaus die Berichtspflicht der Bundesregierung in § 33 Absatz 8 des Pflegeberufegesetzes zur Notwendigkeit der Anpassung der Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der Finanzierung der Pflegeausbildung gestrichen. Gleichzeitig bleibt die Möglichkeit, den Prozentsatz der Direktzahlung der SPV (und in der Folge auch den Prozentsatz der Pflegeeinrichtungen) an der Pflegeausbildung per Verordnung anzupassen, erhalten. In dem Kontext wird auch das Verordnungsverfahren selbst vereinfacht.

Förderung Barrierefreiheit durch Strukturfonds

Zur Förderung der Barrierefreiheit in der ambulanten ärztlichen Versorgung sind künftig mindestens 20 Prozent der Mittel des Strukturfonds zu verwenden.

Anpassung von Fristen

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung, wird die Frist zur Vorlage von versicherungsmathematischen Gutachten von drei auf fünf Jahre verlängert. Damit werden sowohl die Krankenkassen als auch die Aufsichtsbehörden von der Prüfung dieser Gutachten entlastet.

Gleiches gilt auch für die Rechenschaftsberichte für Bonusprogramme, die Krankenkassen den Aufsichtsbehörden alle drei Jahre vorlegen müssen. Mit dem Ziel der Entbürokratisierung wird auch hier die Frist von drei auf fünf Jahre verlängert.

Mitglieds- und Beitragsrecht

Im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht werden zum Zwecke der Entbürokratisierung Nachweispflichten und Prüfschritte reduziert, beispielsweise durch Digitalisierung, Vereinheitlichung, Automatisierung und Vereinfachung der Verfahren. Davon betroffen sind unter anderem die Familienversicherung, die Beendigung der freiwilligen Versicherung und der Datenaustausch zwischen den Finanzämtern und den Krankenkassen zu mitgliedschafts- und beitragsrelevanten Daten von freiwillig versicherten, nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten und familienversicherten Personen.

Zum Zwecke der Verringerung der entgangenen Beiträge bei Rentenbeziehenden erfolgt zukünftig bei Anpassungen eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes eine pauschale Berechnung der fehlenden Beiträge an die GKV.

Mit Klarstellung im § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V, dass ein bereits dem Grunde nach bestehender Anspruch auf Leistungen nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V zu verstehen ist wird das Recht vereinfacht. Einhergehend werden die freiwilligen Mitgliedschaften, die ausschließlich infolge des Urteils des Bundessozialgerichts (Urteil vom 10. März 2022, Az. B 1 KR 30/20 R) begründet wurden, kraft Gesetzes beendet.

III. Exekutiver Fußabdruck

Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte haben nicht zum Inhalt des Gesetzentwurfs beigetragen.

IV. Alternativen

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist keine Alternative ersichtlich, um das angestrebte Ziel einer qualitätsorientierten, effizienten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Insbesondere stellt die Wiedereinführung gemeinsam und einheitlich auf Landesebene geschlossener Hilfsmittelverträge keine adäquate Alternative zum Rahmenvertrag dar, um dem unübersichtlichen Vertragswesen im Hilfsmittelbereich mit seiner Vielzahl an Verträgen und den damit verbundenen hohen administrativen Aufwänden hinsichtlich Vertragsschluss und -pflege zu begegnen. Damit wäre eine Abkehr vom derzeitigen wettbewerbsorientierten Vertragssystem verbunden und damit eine erhebliche Einschränkung sowohl des Preis- als auch des Qualitätswettbewerbs. Die Gefahr von unvorhersehbaren Preissteigerungen und Qualitätseinbußen zugunsten eines bloßen Mindeststandards wäre gegeben. Um weiterhin kostensteuernde Anreize durch Vertragswettbewerb zu nutzen und die Möglichkeit individueller, qualitätsrelevanter Modifikationen beizubehalten, wird die Schaffung eines Rahmenvertrages, der die administrativen Inhalte der Verträge zur Hilfsmittelversorgung vereinheitlicht, bevorzugt, um die Transparenz in der Vertrags- und Versorgungslandschaft zu erhöhen und die personellen, finanziellen und zeitlichen Aufwände zu minimieren.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen im Sozialgerichtsgesetz ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 Grundgesetz (GG), für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen stützt sie sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG. Für die Änderungen des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes und des Pflegeberufegesetzes folgt die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen). Bei den Berufen in der Physiotherapie handelt es sich um „andere Heilberufe“ im Sinne des Artikels 74 Absatz 1 Nummer 19 GG. Die Ausbildung zum Erwerb erweiterter Kompetenzen (siehe § 9a MPhG-Entwurf) ergänzt das in § 8 MPhG beschriebene Ausbildungsziel um die Kompetenzen, die zur Erbringung von Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang erforderlich sind.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der Bundespflegesatzverordnung folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind

zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

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

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich entfällt künftig für einzelne Leistungserbringergruppen, die ihre Eignung zur Versorgung der Versicherten bereits auf anderem Weg hinreichend nachgewiesen haben. Zusätzlich wird die Überwachungsintensität reduziert; eingriffsintensive Betriebsbegehungen sind nur noch in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

Im Rahmen der Gleichstellung der Jugendärztinnen und -ärzte mit Zusatzweiterbildung mit den Kinder- und Jugendärzten mit Schwerpunktbezeichnung wird die Befassung des Zulassungsausschusses mit einer Versorgungsprüfung künftig entfallen.

Durch die Konsolidierung der Regelungen zum Schiedswesen wird das Regelwerk vereinheitlicht und die Verfahren werden vereinfacht. Unnötige sich wiederholende Ausführungen in den Spezialnormen werden gestrichen; gleichzeitig bleibt Raum für vereinbarungsspezifische Abweichungen.

Im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht werden zum Zwecke der Entbürokratisierung Nachweispflichten und Prüfschritte reduziert, beispielsweise durch Digitalisierung, Vereinheitlichung, Automatisierung und Vereinfachung der Verfahren. Davon betroffen sind u.a. die Familienversicherung, die Beendigung der freiwilligen Versicherung und der Datenaustausch zwischen den Finanzämtern und den Krankenkassen. Zudem kann der Begriff des anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall in der GKV zukünftig wieder einheitlich angewandt werden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

Das Gesetz zielt insbesondere auf eine Stärkung und Verbesserung der Versorgung mit Hilfsmitteln. Diese haben eine erhebliche Bedeutung für die Lebensqualität und soziale Integration von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf. Qualitativ hochwertige Hilfsmittel erlauben auch Menschen, die in ihrer Mobilität, ihrer Kommunikationsfähigkeit oder in ihren Sinneswahrnehmungen eingeschränkt sind, ihr Alltagsleben möglichst selbstbe-

stimmt zu führen und sozial teilzuhaben. Dies trägt zur Verwirklichung des Nachhaltigkeitsziels 3 („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) bei. Die Reduzierung von Präqualifizierungspflichten entlastet Leistungserbringer und schafft personelle und zeitliche Ressourcen, die wiederum für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aufgewandt werden können. Dies fördert ebenfalls das Nachhaltigkeitsziel 3 sowie das Nachhaltigkeitsziel 8 („Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“). Die Entlastung führt zu einer effizienteren Nutzung der personellen und zeitlichen Ressourcen und sichert so die gesundheitliche Versorgung aller Menschen jeden Alters.

Die Vereinfachung komplexer Regelungen mit dem Ziel der Steigerung der Anwenderinnen- und Anwenderfreundlichkeit entlastet Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer, die Selbstverwaltung und die Verwaltung und dient damit ebenso den Nachhaltigkeitszielen 3 und 8. Auch die Vereinfachung, Digitalisierung beziehungsweise Automatisierung und Beschleunigung von Verfahren trägt zu den Nachhaltigkeitszielen 8, 9.1 („Innovation: Zukunft mit neuen Lösungen nachhaltig gestalten“) und 16 („Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“) bei.

Durch die vorgesehene Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verfolgt der Gesetzentwurf insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3.

Die übrigen Maßnahmen dienen ebenfalls der Erreichung des Nachhaltigkeitsziels 3 („Gesundheit und Wohlergehen“) sowie des Nachhaltigkeitsziels 8 („Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“).

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

3.1 Bund, Länder und Kommunen

Durch die Neuregelungen zu den Disease-Management-Programmen (DMP) entfallen beim BAS ab dem Jahr 2028 Aufgaben im Umfang von 6,78 Stellen.

Der Verzicht auf das bisherige, aufwendige Zulassungsverfahren für DMP und die Verlagerung der Begleitung dieser Versorgungsform in den aufsichtsrechtlichen Bereich reduziert den bisherigen Aufwand des BAS im Umfang von 15,5 Stellen auf einen verbleibenden Aufwand von 8,72 Stellen. Dieser verbleibende Aufwand wird durch die Schaffung von Gebührentatbeständen für die Bestimmung von Schiedspersonen durch das BAS refinanziert, so dass sie im Bundeshaushalt insgesamt aufwandsneutral sind.

Der verbleibende Bedarf teilt sich wie folgt auf:

Für die Aufwände des BAS im Rahmen von Schiedsverfahren erhebt das BAS nach § 137f Absatz 6a SGB V in der Neufassung dieses Entwurfs von den Vertragsparteien kostendeckende Gebühren. Hierfür verbleibt dem BAS ein refinanzierter Aufwand von 2,33 Stellen und Personal- und Sachkosten in Höhe von 0,5 Millionen Euro.

Für Aufsichtsaufgaben verbleibt dem BAS ein Aufwand von 6,39 Stellen und Personal- und Sachkosten in Höhe von 1,2 Millionen Euro. Dieser Aufwand wird durch die Schaffung weiterer Gebührentatbestände für die Bestimmung von Schiedspersonen für die Fälle der §§ 39a, 73b, 73d, 132, 132a, 132b, 132d, 132e, 132i, 132k SGB V refinanziert, so dass der Bundeshaushalt von diesen Veränderungen insgesamt unberührt bleibt.

Für die Länder können durch den Wegfall der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme für die Aufsichtsführung über die landesunmittelbaren Krankenkassen ebenfalls Mehraufwände in geringem Umfang entstehen.

Durch die Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes können den Ländern und Kommunen geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrkosten für die Entwicklung und Durchführung der Ausbildung zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie für die Entwicklung und Durchführung der staatlichen Prüfung entstehen, soweit entsprechende Ausbildungen konzipiert und durchgeführt werden.

Die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in den Rahmenvorgaben von 300 Euro, bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V beantragt werden sollen, ist kostenneutral. Zwar ergibt sich eine zusätzliche jährliche finanzielle Belastung der GKV durch Einführung einer Bagatellgrenze. Diese Mehrkosten werden jedoch durch die Reduzierung der bürokratisch aufwendigen Prüfverfahren ausgeglichen.

3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Die finanziellen Auswirkungen aufgrund der Klarstellung zum Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur spezifischen Prophylaxe sind nicht quantifizierbar, aber insgesamt als geringfügig einzustufen, da es sich um eine klarstellende Regelung handelt. Zukünftig besteht der Leistungsanspruch für die Anwendung eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe grundsätzlich nur auf der Grundlage eines entsprechenden G-BA-Beschlusses. Es kann daher sowohl zu Mehrausgaben als auch zu Minderausgaben kommen, wenn Krankenkassen beispielsweise bislang eine eher weite oder strikte Übernahmepraxis hatten, und abhängig davon, wie die G-BA-Richtlinie ausgestaltet sein wird.

Es ist davon auszugehen, dass durch die Regelungen zur separaten Bedarfsplanung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Dadurch können der GKV ab dem Jahr 2028 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages pro Jahr entstehen.

Der GKV entstehen durch die Ausweitung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V und die damit verbundenen zusätzlichen vertragszahnärztlichen Vergütungen im Jahr 2028 Mehraufwendungen in Höhe von etwa 4,5 Millionen Euro; diese Mehrauswendungen belaufen sich im Jahr 2029 voraussichtlich auf etwa 6,4 Millionen Euro und steigen im Jahr 2030 noch einmal leicht auf 7,7 Millionen Euro an. Diesen Mehrausgaben stehen nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit sowie die Vermeidung von Folgeerkrankungen durch eine schlechte Mundgesundheit (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes) gegenüber.

Die jährlichen Mehrausgaben im Bereich der SPZ`s werden auf drei Millionen Euro geschätzt.

Es ist davon auszugehen, dass durch die vereinfachten Regelungen bei der Belastungsgrenze mehr Versicherte einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung stellen. Die Mehrkosten belaufen sich auf einen niedrigen zweistelligen Millionen-Euro-Betrag. Demgegenüber stehen Entlastungen durch Vereinfachungen beim Nachweis des Chroniker-Status. Insgesamt führt die Regelung daher jährlich zu Minderausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionen-Euro-Betrages. Die Regelung zur Anrechnung von Vorerkrankungszeiten beim Anspruch auf Krankengeld bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen führt die gesetzliche Klarstellung im Vergleich zur bisherigen Praxis für den eng begrenzten Kreis der Anspruchsberechtigten zu einem früheren Einsetzen des Leistungsanspruchs und damit auch zu mehr Leistungsfällen. Im Ergebnis werden jährliche Mehrausgaben der GKV in Höhe von 5 Millionen Euro erwartet.

Durch die Streichung der Evaluationsverpflichtung im Bereich der „Blankoverordnung“ für die Häusliche Krankenpflege entstehen geringfügige Minderausgaben (in Höhe von 80.000 Euro).

Durch die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten DMP anzubieten, werden nur unerhebliche zusätzliche Belastungen erwartet, weil die Krankenkassen auch bisher schon zum weit überwiegenden Teil DMP angeboten haben und dies auch für die bisher noch nicht umgesetzten DMP zu erwarten war und ist. Dieser Umsetzungsprozess wird durch die gesetzlichen Regelungen lediglich beschleunigt. Zudem stehen diesen Belastungen ersparte Kosten gegenüber, die sich aus Vermeidung von Folgekrankheiten und Krankenhausaufenthalten durch die strukturierte Versorgung im Rahmen der DMP ergeben.

Soweit Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang geschlossen werden, können der GKV geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrkosten für die Durchführung der Modellvorhaben entstehen.

Für die GKV können in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der vertraglichen Regelungen durch das vollständige oder teilweise Unterbleiben von Retaxationen nicht quantifizierbare Mehrausgaben entstehen.

Durch die Ausweitung der Ausschlussfristen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die Beratungen können sich möglicherweise geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrausgaben ergeben, da Beratungen nicht mehr im bisherigen Umfang durchgeführt werden können.

Durch die Entbürokratisierungsmaßnahmen bei der Vorlage von Rechenschaftsberichten für Bonusprogramme und den versicherungsmathematischen Gutachten für Wahltarife ist mit Einsparungen im unteren einstelligen Millionenbereich zu rechnen.

Bei den Anpassungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht könnten der GKV und SPV geringfügige, nicht quantifizierbare Mindereinnahmen entstehen, weil der Zugang zur Familienversicherung und Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner vereinfacht wird, Kündigungsfristen bei der freiwilligen Versicherung wegfallen oder verkürzt werden, das Verfahren zur Beitragszahlung aus nachgezahlten Versorgungsbezügen vereinfacht wird oder die Prüfung der Beitragszahlung durch die Zahlstellen klarstellend geregelt wird.

Die Höhe der Minderausgaben durch die Einführung des fakultativen Abschlusses von Qualitätsverträgen und den Wegfall der Verpflichtung der Krankenkassen, mit den Krankenhäusern Qualitätsverträge nach § 110a SGB V alte Fassung zu schließen, lässt sich vorab nicht mit letztgültiger Sicherheit bestimmen. Ab dem Jahr 2028 könnte es zu Minderausgaben in Höhe von 28 Millionen Euro kommen. Diese ergeben sich unter Zugrundlegung der Umstände, dass nach §110a Absatz 3 Satz 1 SGB V alte Fassung ab dem Jahr 2028 Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten bei konservativer Schätzung einen Betrag in Höhe von 0,38 Euro bei 74 Millionen Versicherten zur Durchführung der Qualitätsverträge aufwenden sollten, aufgrund der Einführung des fakultativen Abschlusses von Qualitätsverträgen tatsächlich keine Verträge mehr abgeschlossen würden und die Sanktionszahlungen für die unterlassene Durchführung von Qualitätsverträgen entfallen.

Durch die Wiederherstellung der sachgerechten Zuweisung der Anspruchsberechtigten nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes zum vorrangigen Kostenträger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wird die GKV in nicht näher quantifizierbarer Höhe entlastet.

4. Erfüllungsaufwand

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Bürgerinnen und Bürger

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (Stunden bzw. Tsd. Euro) oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
1.1	Art. 1; § 33 Absatz 4; Energiekosten Hilfsmittel	nein	600.000 Energiekostenerstattungsfälle	- 10 Minuten	- 100.000 Stunden	
1.2	Art. 1, § 33 Abs. 5a; Kein Verzicht auf die Genehmigung bei Hörhilfenversorgung	nein	300.000 Anträge auf Hörhilfenversorgung	2 Minuten Sachkosten 1 Euro	300 T EUR 10.000 Stunden	
1.3	Art. 1, § 206a; Datenaustausch Finanzämter	Nein	3.1 Mio	37 Minuten	- 1,9 Mio. Stunden	Steuerrelevante Unterlagen zusammenstellen, schwärzen, aufbereiten etc. Zeitwerttabelle Nr. 1, 2, 4, 5 & 7 einfach, Nr. 3 hoch
	Summe Zeitaufwand (Stunden)				**2.001.666**	
	Summe Sachaufwand (Tsd. Euro)				**300**	

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Aufgrund der Änderung der Genehmigungspraxis bei der Hörhilfenversorgung werden die Bürgerinnen und Bürger mit zusätzlichem Zeit- und Sachaufwand belastet. Nach der bisherigen Rechtslage war es möglich, dass Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen auf die vorherige Genehmigung der Leistung verzichten. Der Regelungsentwurf sieht vor, dass ein solcher Verzicht nunmehr ausgeschlossen ist. Die Antragstellung kann sowohl durch die Versicherten als auch die Leistungserbringer mittels Erstellung und Übermittlung eines Kostenvoranschlags erfolgen. Es wird von einer Fallzahl der jährlichen Versorgungsfälle mit Hörhilfen von rund 1.000.000 ausgegangen. Dies beruht auf dem Achten Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln des GKV-Spitzenverbandes, der für die Produktgruppe 13 (Hörhilfen) für das Berichtsjahr 2025 976.000 Versorgungsfälle ausweist. Ausgehend von der Annahme, dass etwa 30 Prozent der entsprechenden Anträge durch die Versicherten selbst gestellt werden, ergibt sich eine Fallzahl von rund 300.000. Für die Antragstellung gelten keine besonderen formalen Anforderungen. Es ist lediglich die vertragsärztliche Verordnung zusammen mit einem entsprechenden Kostenvoranschlag bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Der Zeitaufwand wird anhand des Leitfadens ermittelt und entsprechend der Standardaktivität „Informationen oder Daten an die zuständigen Stellen übermitteln“ bei einfachem Komplexitätsniveau mit 2 Minuten geschätzt. Daneben wird von einer Pauschale von 1 Euro pro Fall als Portokosten für die Übermittlung angenommen. Insgesamt wird die jährliche Belastung der Bürgerinnen und Bürger auf rund 10.000 Stunden und 300.000 Euro geschätzt.

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch die Vereinheitlichung im Umgang mit Energiekosten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung eine jährliche Zeitentlastung von ca. 100.000 Stunden. Der Anspruch auf Übernahme der für den Betrieb elektrisch betriebener Hilfsmittel besteht bereits nach geltendem Recht. Durch die Neuregelung soll die Ermittlung der Energiekosten vereinheitlicht und das Nachweisverfahren durch die Möglichkeit der Festlegung von Pauschalbeträgen verschlankt werden. Validierte Daten zur Zahl der jährlichen Energiekostenerstattungsfälle liegen nicht vor. Die Fallzahl wird daher ausgehend von den Versorgungszahlen des Achten Mehrkostenberichts des GKV-Spitzenverbandes geschätzt. Im Berichtsjahr 2025 wird eine Gesamtzahl der Hilfsmittelversorgungen von 31,9 Millionen Fällen angegeben. Berücksichtigt man nur die Produktgruppen, in denen elektrisch betriebene Hilfsmittel mit relevantem Energieverbrauch enthalten sind, wie Absauggeräte, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Kranken- und Behindertenfahrzeuge u.a., sind circa 4,2 Millionen Versorgungsfälle berücksichtigungsfähig. Da diese Produktgruppen jeweils auch nicht elektrisch betriebene Hilfsmittel enthalten, wird ein 50-prozentiger Abschlag auf 2,1 Millionen Versorgungsfälle vorgenommen. Ob und wann ein Antrag auf Energiekostenerstattung bei der Krankenkasse gestellt wird, ist von vielen Faktoren, u.a der Nutzungs- und Lebensdauer der Produkte abhängig. Ausgehend davon, dass bei ca. 30 Prozent der energierelevanten Versorgungsfälle im gleichen Jahr ein Energiekostenerstattungsantrag gestellt wird, ergeben sich 629.000 Fälle jährlich. Aufgrund der mit der Schätzung verbundenen Unsicherheiten wird für die Berechnung des Erfüllungsaufwands eine gerundete Fallzahl von 600.000 zugrunde gelegt. Durch die vorgesehenen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes werden einheitliche Berechnungsgrundlagen geschaffen. Zudem können Energiepauschalen vorgesehen werden. Derzeit umfasst die Geltendmachung der Energiekosten insbesondere die Ermittlung und Übermittlung von Angaben zum Hilfsmittel, zum konkreten Energieverbrauch, zur Nutzungsdauer und zum Strompreis. Ausgehend davon, dass für die Ermittlung und Übermittlung dieser Daten sowie der entsprechenden Nachweise 15 Minuten je Fall aufgewendet werden und sich der Arbeitsaufwand um zwei Drittel verkürzt, ergibt sich eine Zeitersparnis von 10 Minuten je Fall. Bei jährlich 600.000 Fällen entspricht das einer Zeitersparnis von 100.000 Stunden.

Für Bürgerinnen und Bürger ergeben sich darüber hinaus keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand infolge der weiteren gesetzlichen Änderungen.

4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
2.1	Art. 1, § 33 Abs. 5a; Kein Verzicht auf die Genehmigung bei Hörhilfenversorgung	nein	282 Tsd. Euro	700.000 Anträge auf Versorgung mit Hörhilfen	1 Minute x 24,20€/h	282	
2.2	Art. 1, § 87 Abs. 1c	nein	ja	258.000 Gutachten		-1.200	Quelle: Geschäftsbericht 2024/2025 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
2.3	Artikel 1; § 92 Absatz 6a SGB V (Umstellung des zweistufigen Verfahrens zur Beantragung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie auf ein einstufiges Verfahren)	nein	ja	388.600	-21,14	-8.215	Für die zweimalige Beantragung einer Kurzzeittherapie fällt bisher schätzungsweise ein Bürokratieaufwand pro Patientin und Patient in Höhe von 42,27 Euro im Jahr an, der sich aus einer Tätigkeit mit hohem Qualifikationsniveau von 32,5 Minuten bei einem Lohn von 74,10 Euro pro Stunde und aus einer Tätigkeit mit einfachem Qualifikationsniveau von 5 Minuten bei einem Lohn von 25,60 Euro pro Stunde ergibt (siehe jeweils Q86 Gesundheitswesen der Lohnkostentabelle 2025 des Statistischen Bundesamtes). Bei rund 67 Prozent der rund 580.000 im Jahr 2022 begonnenen Kurzzeittherapien wurde ein zweiter Antrag erforderlich, der künftig wegfällt. In 388.600 Fällen entfallen damit die Hälfte der für die zweimalige Beantragung veranschlagten Kosten in Höhe von 21,14 Euro.
2.4	Art. 1, § 126 Absatz 1 Satz 6; Wegfall der regelhaften Betriebsbegehung während der Geltungsdauer des Präqualifizierungszertifikats im Hilfsmittelbereich	nein	nein	6.600 durch Dokumentenprüfung ersetzte Betriebsbegehungen	- 180 Minuten x 62 €/h	-1.228	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
2.5	Art. 1, § 126 Absatz 1c; Wegfall der Präqualifizierungspflicht für stationäre Pflegeeinrichtungen	nein	nein	Für die Re-Präqualifizierung (alle 5 Jahre): 675 Für die Überwachung (2x in 5 Jahren): 1350	Repräqualifizierung: 360 Minuten x 62€/h + 1000€ Sachkosten Überwachung: 240 Minuten x 62€/h + 300 € Sachkosten	-1.666	
2.6	Art. 1, § 127 Absatz 1; Abschluss und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung	nein	ja i. H. v. 61.567 Tsd. Euro	68.864 Leistungserbringer; 31,90 Mio. Hilfsmittelversorgungen jährlich	4 Minuten je Hilfsmittelversorgung x 38,60€/h (Lohnkostensatz der Wirtschaft)	- 82.089	Anzahl Leistungserbringer Stand Ende 2025 (Quelle vdek: https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html) Anzahl der jährlichen Hilfsmittelversorgungen 2025 (Quelle: 8. Mehrkostenbericht GKV-Spitzenverband) Für die einzelnen Prozessschritte werden vorsichtig geschätzte Anteile der jährlichen Versorgungsvorgänge zugrunde gelegt. Bürokratiekosten: Betroffen sind insbesondere Informationspflichten im Zusammenhang mit Formularen und Dokumentationsbögen, abrechnungsbegründenden Unterlagen, Genehmigungsverfahren, der Heilung von Formfehlern sowie dem Austausch versorgungs- und

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
							abrechnungsrelevanter Daten.
2.7	Art. 1, § 128 Absatz 4a Satz 2; Wegfall der Präqualifizierungspflicht für Ärzte	nein	nein	Für die Repräqualifizierung: 590 Für die Überwachung: 1.180	Für die repräqualifizierung: 360 Minuten x 62€/h + 1000€ Sachkosten Für die Überwachung: 240 Minuten x 62€/h + 300€ Sachkosten	-1.456	
2.8	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Krankenhäuser zur Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren (Änderung)		Ja	14.400 Fachabteilungen der Krankenhäuser	-353,63 Euro = (-575 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	-5.092 ab 2030	siehe Erläuterungen
	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren zur Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren (Änderung)		Ja	1.000 Leistungserbringer	-177,12 Euro = (-288 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	-177 ab 2030	siehe Erläuterungen
	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren zur Qualitätssicherung in oKFE-Verfahren (Änderung)		Ja	8.500 Leistungserbringer	-177,12 Euro = (-288 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	-1.506 ab 2030	siehe Erläuterungen
	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Psychotherapeuten		Ja			geringfügig	geringfügiger Aufwand pro Fall

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	zur Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren (Änderung)						
	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in RehaQS-Verfahren (Änderung)		Ja			geringfügig	geringe Fallzahl
	Art. 1 § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 1; Anpassung der Meldezeitpunkte im DeQS-Verfahren (Änderung)		Ja	800.000 Datensätze	-1,23 Euro = (-2 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	-984 ab 2030	
2.9	Art. 1, § 301 Absatz 2b SGB V; Meldepflicht für Krankenkassen zu Voraufenthalten und damit einhergehende Entlastung der Krankenhäuser von Rechercheaufwand	nein		170.000 Fälle	8,55 Euro (0,25h * 34,20 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q mittel))	- 1.453	
2.10	Art. 1, § 302; Erweiterung der Abrechnungsdaten und Angaben zum Mehrnutzen mehrkostenverursachender Versorgungen mit Hilfsmitteln	nein	13.510.000	7 Millionen Versorgungen mit Mehrkosten	3 Minuten x 38,60 €/h	13.510	
2.11	Art. 1; § 371 Absatz 1 Nummer 2 SGB V; Wegfall Verordnungssoftware-schnittstelle	Nein	Nein	Herstellerübergreifend 15.000 bis 18.000 Std.	63,70 € je Stunde	-1.051 (Spanne -956 bis -1.147)	
2.12	Art. 1; § 385 Absatz 3 Nummer 16 SGB V; Wegfall Berichtspflicht an das KIG	Nein	Ja	nicht bezifferbar	geringfügig	geringfügig	
2.13	Art. 1; § 390 Absatz 6 Satz 2 SGB V; Ausnahme IT-Sicherheitsrichtlinie	Nein	Nein	geringe Zahl größerer Einrichtungen	geringfügig	geringfügig	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	für NIS-2-pflichtige Einrichtungen						
2.14	Art. 1; § 394b SGB V; Antrag und Verwendungsnachweis Zukunftsfond	Nein	Nein	antragsabhängig, im Voraus nicht bezifferbar	antragsgebunden, freiwillig	geringfügig	freiwillig; durch Zuwendung gedeckt und überschritten
2.15	Art. 5, § 11 Absatz 1 Satz 5 KHEntgG, Art. 4, § 11 Absatz 1 Satz 5 BPflV; Streichung eines Vereinbarungsgegenstands, Krankenhäuser	nein				geringfügig	es handelt sich lediglich um einen quantitativ untergeordneten Vereinbarungsgegenstand
2.16	Art. 4, § 11 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 BPflV; Streichung Nachweis, psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	nein	ja	591 betroffene Einrichtungen	10,50 Euro (0,17h * 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch))	- 6	
2.17	Art. 3, § 17b Absatz 10 KHG; Streichung des Extremkostenberichts, InEK	nein	ja	1 Bericht	69.440 Euro (1.120h * 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch))	- 69	
2.18	Art. 3, § 17b Absatz 10 KHG; Streichung des Extremkostenberichts, Kalkulationskrankenhäuser	nein	ja	270 Kalkulationskrankenhäuser	62 Euro (1h * 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch))	- 17	
2.19	Art. 3, § 17d KHG; Streichung Datenübermittlungspflicht nach § 21 Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe e KHEntgG (Pflegepersonal) für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	nein	ja	591 betroffene Einrichtungen	3.220 Euro (52h * 62,00 Euro (Wirtschaftsabschnitt Q hoch))	- 1.903	
	Summe in Tsd. Euro					**-86.561** ab dem Jahr 2030: **-94.320**	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	davon aus Informationspflichten (IP)					-61.730 ab dem Jahr 2030: -69.730	

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
2.1	Art. 1, § 127 Absatz 1; Abschluss und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung	nein	68.864 Leistungserbringer	10 Stunden x 38,60€/h Rund 100€ Sachaufwand	33.469	Anzahl Leistungserbringer Stand Ende 2025 (Quelle vdek: https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html)
2.2	Art.1, § 125 Absatz 1; Definition von Fällen, bei denen eine Beanstandung der Abrechnung durch die Krankenkasse vollständig oder teilweise unterbleibt	nein	17 maßgebliche Leistungserbringerverbände		geringfügig	Einmaliger Mehraufwand für die maßgeblichen Spitzenverbände auf Bundesebene durch die gesetzlich vorgegebene Anpassung der Verträge nach § 125 SGB V
2.3	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Krankenhäuser zur Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren (Änderung)		14.400 Fachabteilungen der Krankenhäuser	190,65 Euro = (310 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	2.750 in 2030	siehe Erläuterungen
	Art. 1 § 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren zur Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren (Änderung)				geringfügig	geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall siehe Erläuterungen

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	§ 299 Abs. 1b i.V.m. § 334 Abs. 3 Satz 1; Vereinfachungen von Nachweispflichten der Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren zur Qualitätssicherung in oKFE-Verfahren (Änderung)		8.500 Leistungserbringer	95,33 Euro = (155 / 60) h × 36,90 Euro/h (WZ: Q)	810 in 2030	siehe Erläuterungen unten
	Summe in Tsd. Euro				**37.029**	

Kein Verzicht auf Genehmigung bei Hörhilfenversorgung, § 33 Absatz 5a SGB V:

Nach der bisherigen Rechtslage war es möglich, dass Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen auf die vorherige Genehmigung der Leistung verzichten. Der Regelungsentwurf sieht vor, dass ein solcher Verzicht nunmehr ausgeschlossen ist. Die Antragstellung kann sowohl durch die Versicherten als auch die Leistungserbringer mittels Erstellung und Übermittlung eines Kostenvoranschlags erfolgen. Ausgehend von einer Gesamtzahl der jährlichen Versorgungsfälle mit Hörhilfen von rund 1.000.000 (Quelle: Achter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln des GKV-Spitzenverbandes) und unter der Annahme, dass etwa 70 Prozent der entsprechenden Anträge durch Leistungserbringer gestellt werden, ergibt sich eine Fallzahl von rund 700.000. Gemäß dem Leitfaden wird ein Zeitaufwand von 1 Minute angenommen (Standardaktivität „Datenübermittlung und Veröffentlichung“ bei einfachem Komplexitätsniveau). Bei Berücksichtigung des Mittelwerts für der Lohnsätze für das Gesundheits- und Sozialwesen bei niedrigem Qualifikationsniveau von 24,50 Euro gemäß dem Leitfaden wird der jährliche zusätzliche Aufwand auf rund 282.000 Euro geschätzt.

Wegfall der regelhaften Betriebsbegehung als Überwachungsinstrument im Rahmen der Präqualifizierung, § 126 Absatz 1 Satz 6:

Durch die Regelung zum Wegfall der Betriebsbegehung als regelhaftes Überwachungsinstrument im Rahmen der Präqualifizierung der Hilfsmittelerbringer ergibt sich für die Wirtschaft eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 1,228 Millionen Euro.

Mangels einer amtlichen Statistik über die Zahl der präqualifizierungspflichtigen Betriebsstätten der betroffenen Gesundheitshandwerke wird die jährliche Fallzahl im Wege einer transparenten Modellrechnung geschätzt. Ausgangspunkt sind rund 30.000 Betriebe der Gesundheitshandwerke (Quelle: Branchenreport des ZDH von 2025). Hiervon werden die Betriebe des Zahntechniker-Handwerks abgezogen, da diese nicht der Präqualifizierung nach § 126 SGB V unterliegen. Danach verbleiben rund 23.000 Betriebe der Augenoptik, der Hörakustik, der Orthopädietechnik und der Orthopädieschuhtechnik.

Da die Präqualifizierung betriebsstättenbezogen erfolgt und ein Betrieb mehrere Betriebsstätten unterhalten kann, wird die Zahl der Betriebe mit einem Betriebsstättenfaktor von 1,5 auf Betriebsstätten hochgerechnet. Der Faktor trägt den Filial- und Mehrbetriebsstättenstrukturen der betroffenen Gesundheitshandwerke Rechnung. Hieraus ergeben sich rund 34.500 Betriebsstätten.

Es wird davon ausgegangen, dass nahezu sämtliche Betriebsstätten der betroffenen Gesundheitshandwerke an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen und einer Präqualifizierung bedürfen. Zur Berücksichtigung einzelner ausschließlich privatwirtschaftlich tätiger oder aus anderen Gründen nicht präqualifizierungspflichtiger Betriebsstätten wird vorsorglich ein pauschaler Sicherheitsabschlag von 5 Prozent vorgenommen. Daraus ergeben sich rund 32.775 präqualifizierungspflichtige Betriebsstätten. Da während des fünfjährigen Geltungszeitraums eines Präqualifizierungszertifikats regelmäßig eine Überwachung in Form einer Betriebsbegehung erfolgt und von einer gleichmäßigen Verteilung der Zertifikatslaufzeiten ausgegangen wird, ergeben sich rund 6.600 Betriebsbegehungen jährlich.

Der gegenüber einer Dokumentenprüfung zusätzlich anfallende Zeitaufwand einer Betriebsbegehung wird mit durchschnittlich 180 Minuten je Fall geschätzt. Hiervon entfallen 30 Minuten auf die Terminabstimmung und organisatorische Vorbereitung, 45 Minuten auf die interne Vorbereitung der Betriebsstätte und die Bereithaltung der zu prüfenden Bereiche, 90 Minuten auf die Begleitung der Betriebsbegehung sowie 15 Minuten auf die unmittelbar anschließende Nachbereitung und interne Abstimmung. Der Aufwand für die Zusammenstellung und Übermittlung der erforderlichen Unterlagen wird nicht berücksichtigt, da dieser auch bei der künftig anstelle der Betriebsbegehung durchgeführten Dokumentenprüfung anfällt.

Die Vorbereitung und Begleitung der Betriebsbegehung erfolgt regelmäßig durch die fachlich verantwortliche Person, die Betriebsleitung oder eine vergleichbar qualifizierte Beschäftigte. Daher wird der Lohnkostensatz für das hohe Qualifikationsniveau im Wirtschaftsabschnitt Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ in Höhe von 62 Euro je Stunde zugrunde gelegt.

Hieraus ergibt sich für die Wirtschaft eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 1,2 Millionen Euro.

Abschluss und Umsetzung eines bundesweiten Rahmenvertrags im Hilfsmittelbereich, § 127 Absatz 1 SGB V:

Der Wirtschaft entsteht durch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags über administrative Anforderungen in der Hilfsmittelversorgung einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser entsteht insbesondere durch die erstmalige Prüfung und Umsetzung der bundeseinheitlichen Regelungen, die Anpassung interner Verwaltungsabläufe, die Aktualisierung von Formularen und Vertragsunterlagen, geringfügige Anpassungen informationstechnischer Anwendungen sowie die Information und Schulung der Beschäftigten.

Für die Ermittlung des einmaligen Erfüllungsaufwands wird davon ausgegangen, dass sämtliche zum Ende des Jahres 2025 vorhandenen 68.864 Hilfsmittelleistungserbringer ihre Verwaltungsprozesse an die bundeseinheitlichen Vorgaben anpassen müssen. Hierfür werden je Leistungserbringer ein durchschnittlicher Zeitaufwand von zehn Stunden sowie ein durchschnittlicher Sachaufwand von 100 Euro für geringfügige Anpassungen von Formularen und informationstechnischen Anwendungen angesetzt. Für die Berechnung des Personalaufwands wird der durchschnittliche Lohnkostensatz der Wirtschaft nach den Lohnkostentabellen 2025 des Statistischen Bundesamtes in Höhe von 38,60 Euro je Stunde zugrunde gelegt. Die Hilfsmittelleistungserbringer umfassen Unternehmen unterschiedlicher Größe und Spezialisierung, insbesondere Sanitätshäuser, orthopädietechnische Betriebe, orthopädieschuhtechnische Betriebe, Hörakustikbetriebe, Augenoptikbetriebe sowie weitere Leistungserbringer. Eine sachgerechte Zuordnung sämtlicher Unternehmen zu einzelnen Wirtschaftszweigen ist daher nicht möglich. Zur Gewährleistung einer einheitlichen und nachvollziehbaren Schätzung wird deshalb der durchschnittliche Lohnkostensatz der Wirtschaft verwendet. Hieraus ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand der Wirtschaft von rund 33,5 Mio. Euro.

Dem einmaligen Umstellungsaufwand steht eine dauerhafte Entlastung der Wirtschaft gegenüber. Diese beruht auf der Vereinheitlichung administrativer Anforderungen, die bislang in einer Vielzahl unterschiedlicher Verträge geregelt werden. Die Entlastung betrifft insbesondere die Abrechnung der Hilfsmittelversorgungen, die Verwendung von einheitlichen Formularen und Dokumentationsbögen, die Zusammenstellung und Übermittlung von abrechnungsbegründenden Unterlagen, Genehmigungsverfahren, die Behandlung formaler Fehler, den Austausch versorgungs- und abrechnungsrelevanter Daten sowie die Verringerung des Aufwands für die Anwendung und Pflege unterschiedlicher vertraglicher Vorgaben.

Grundlage der Fallzahlannahme ist der 8. Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Danach wurden im Berichtsjahr 2025 rund 31,9 Millionen Hilfsmittelversorgungen abgerechnet. Da die administrativen Vorgaben des Rahmenvertrags sämtliche Hilfsmittelversorgungen betreffen und jede Versorgung mindestens administrativ bearbeitet und abgerechnet wird, werden sämtliche Hilfsmittelversorgungen als jährliche Fallzahl berücksichtigt.

Für jede Hilfsmittelversorgung wird eine durchschnittliche Zeitersparnis von vier Minuten angenommen. Der Zeitansatz stellt einen gewichteten Durchschnitt über sämtliche Hilfsmittelversorgungen dar. Während sich die Entlastung bei einfachen Versorgungsvorgängen auf einzelne administrative Arbeitsschritte beschränkt, fällt sie bei dokumentations- oder genehmigungsintensiven Versorgungen entsprechend höher aus. Der Durchschnittswert bildet die Gesamtwirkung der bundeseinheitlichen Vereinheitlichung administrativer Anforderungen ab und vermeidet zugleich Doppelzählungen einzelner Entlastungseffekte.

Unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Lohnkostensatzes der Wirtschaft von 38,60 Euro je Stunde ergibt sich eine jährliche Entlastung der Wirtschaft von rund 82,1 Mio. Euro. Es wird angenommen, dass 75 Prozent dieser Entlastung auf die Vereinheitlichung von Informationspflichten entfallen, insbesondere auf einheitliche Vorgaben zu Formularen, Dokumentationen, Nachweisen, Genehmigungsunterlagen sowie zur Übermittlung versorgungs- und abrechnungsrelevanter Daten. Damit sind rund 61,6 Mio. Euro der jährlichen Entlastung den Bürokratiekosten aus Informationspflichten zuzurechnen. Die verbleibenden rund 20,5 Mio. Euro entfallen auf sonstigen Erfüllungsaufwand, insbesondere auf die vereinfachte Anwendung und Pflege vertraglicher und verfahrensbezogener Vorgaben.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der bundesweite Rahmenvertrag den Aufwand für den Abschluss sowie die Fortschreibung der Verträge nach § 127 SGB V dauerhaft reduziert. Künftig müssen zahlreiche administrative Regelungsgegenstände nicht mehr auf Ebene der einzelnen Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt und abgestimmt werden, sondern ergeben sich unmittelbar aus dem bundesweiten Rahmenvertrag. Hierdurch verringert sich insbesondere der Aufwand für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Vertragsverhandlungen sowie für die Erstellung, Prüfung und Fortschreibung von Vertragstexten. Eine belastbare Quantifizierung dieser Entlastungswirkung ist aufgrund der unterschiedlichen Vertragsstrukturen und Verhandlungspraxis der Vertragspartner nicht möglich; sie ist daher im Erfüllungsaufwand nicht gesondert ausgewiesen.

Der Regelungsvorschlag zur Vereinfachung von Nachweispflichten in der gesetzlichen Qualitätssicherung in DeQS-Verfahren, § 299 Absatz 1b i. V. m. § 334 Absatz 3 Satz 1 sieht vor, dass Daten der Leistungserbringer zum Zwecke der Qualitätssicherung nur einmal erhoben und übermittelt sowie allen Empfängern datenschutzkonform zur Verfügung gestellt werden. Die fallbezogene Aufwandsänderung durch die Etablierung eines Once-Only-Prinzips in der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen lässt sich zu diesem Zeitpunkt nur mit Unsicherheiten einschätzen, da die Verfahrensweisen untergesetzlich bis zum 31.12.2029 in Richtlinien des G-BA bestimmt werden und derzeit noch nicht überprüft und erarbeitet wurden. Zudem ist derzeit unklar in welchem Ausmaß verschiedene Prozesse durch die

Nutzung der Telematik-Infrastruktur zur Qualitätssicherung stärker automatisiert werden können, um händische Daten-Eingaben fortan zu vermeiden.

In Deutschland gibt es circa 1.800 Krankenhäuser (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html). Es wird folglich angenommen, dass im Durchschnitt 8 Fachabteilungen je Krankenhaus an datengestützten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) teilnehmen. Somit nehmen näherungsweise 14.400 Fachabteilungen von Krankenhäusern [= 8 * 1.800] an QS-Verfahren teil.

Durch die Etablierung des Once-Only-Verfahrens sowie die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur wird angenommen, dass sich der administrative Aufwand zur Qualitätssicherung reduziert. Entfallen könnten bspw. die erneute Eingabe von patientenbezogenen Daten, da diese in Krankenhausinformationssystemen oder bei Krankenkassen bereits vorliegen sowie die Erhebung bereits vorliegender Merkmale für verschiedene QS-Zwecke, wodurch manuelle Recherchen von Informationen und die Übertragung in Eingabemasken der Erfassungsmodule entfallen. Zudem würden redundante Strukturangaben und Datenübermittlungen an die Medizinischen Dienste zur Überprüfung der Einhaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen entfallen. Insgesamt wird angenommen, dass sich der Zeitaufwand für die teilnehmenden Krankenhäuser je QS-Verfahren um etwa 575 Minuten (vgl. Leitfaden, Anhang 4, Standardaktivitäten 2, 3, 5, 6, 7 und 8 in jeweils hoher Komplexität) pro Jahr reduziert.

Als Lohnsatz werden 36,90 Euro pro Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 6, Wirtschaftsabschnitt Q Gesundheits- und Sozialwesen, Durchschnitt) angenommen.

Somit ergibt sich eine Reduzierung des jährlichen Erfüllungsaufwands um etwa 5.100.000 Euro [= 14.400 * (-575 Minuten) * 36,90 Euro/60 Minuten].

Durch die Einführung des One-Stop-Shop-Verfahrens wird angenommen, dass kein jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht oder entfällt, da die Leistungserbringer bereits jetzt regelmäßig nur an eine Datenannahmestelle übermitteln und sich lediglich der Empfänger ändern würde.

Im Rahmen der erstmaligen Übermittlung an die Zentrale Datenstelle ist anzunehmen, dass einmalig Anpassungen der Datenmeldung vorgenommen werden müssen. Es wird ein einmaliger Zeitaufwand von 310 Minuten (vgl. Standardaktivität 7 hohe Komplexität und Standardaktivität 5 mittlerer Komplexität) angenommen.

Als Lohnsatz werden 36,90 Euro pro Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 6, Wirtschaftsabschnitt Q Gesundheits- und Sozialwesen, Durchschnitt) angenommen.

Somit ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2.750.000 Euro [= 14.400 * (310 Minuten) * 36,90 Euro/60 Minuten].

Die fallbezogene Aufwandsänderung des Regelungsvorschlags zur Vereinfachungen von Nachweispflichten der Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren zur Qualitätssicherung in oKFE-Verfahren, § 299 Absatz 1b i. V. m. § 334 Absatz 3 Satz 1 SGB V durch die Etablierung eines Once-Only-Prinzips in der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen lässt sich zu diesem Zeitpunkt nur mit Unsicherheiten einschätzen, da die Verfahrensweisen untergesetzlich in Richtlinien des G-BA bestimmt werden und derzeit noch nicht überprüft und erarbeitet wurden. Zudem ist derzeit unklar in welchem Ausmaß verschiedene Prozesse durch die Nutzung der Telematik-Infrastruktur zur Qualitätssicherung stärker automatisiert werden können, um händische Daten-Eingaben fortan zu vermeiden.

Für die an der Krebsfrüherkennung beteiligten Leistungserbringer ist keine Gesamtzahl veröffentlicht. Nach dem Jahresbericht Versorgungsqualität der KV Westfalen-Lippe haben

zwischen 2020 und 2022 je Quartal etwa 850 Betriebsstätten Daten zur Krebsfrüherkennung gemeldet (https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Service/Mediathek/Versorgungsberichte/KVWL_23-04-05_Versorgungsbericht_2022_RZ.pdf). Mit rund 8,3 Millionen Einwohnern (https://www.statistik.lwl.org/de/zahlen/bevoelkerung/) entspricht die Einwohnerzahl in Westfalen-Lippe ziemlich genau 10% der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Daher wird angenommen, dass etwa 8.500 Betriebsstätten deutschlandweit jährlich Daten zur Qualitätssicherung in der Krebsfrüherkennung übermitteln.

Durch die Einführung des Once-Only-Prinzips und die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur würden für Vertragsärzte grundsätzlich vergleichbare Entlastungseffekte wie für Krankenhäuser eintreten. Dadurch, dass Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren an weniger QS-Verfahren parallel teilnehmen als Krankenhäuser und somit weniger verfahrensübergreifende Entlastungseffekte erfahren, wird angenommen, dass sich der Erfüllungsaufwand je Leistungsbringer etwa halb so groß wie bei Krankenhäusern ist und somit um etwa 288 Minuten [= 575/2] pro Leistungserbringer pro Jahr reduziert.

Als Lohnsatz werden 36,90 Euro pro Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 6, Wirtschaftsabschnitt Q Gesundheits- und Sozialwesen, Durchschnitt) angenommen.

Somit ergibt sich eine Reduzierung der jährlichen Erfüllungsaufwands um etwa 1.500.000 Euro [= 8.500 * (-288 Minuten) * 36,90Euro/60 Minuten].

Im Rahmen der erstmaligen Übermittlung an die Zentrale Datenstelle ist anzunehmen, dass einmalig Anpassungen der Datenmeldung vorgenommen werden müssen. Ebenso wie beim laufenden Erfüllungsaufwand, wird angenommen, dass der Zeitaufwand etwa halb so groß ist wie bei den Krankenhäusern und somit etwa 155 Minuten (=310/2) entspricht.

Als Lohnsatz werden 36,90 Euro pro Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 6, Wirtschaftsabschnitt Q Gesundheits- und Sozialwesen, Durchschnitt) angenommen.

Somit ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 810 000 Euro [= 8.500 * (155 Minuten) * 36,90 Euro/60 Minuten].

Der Regelungsentwurf des § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 1 SGB 5 sieht zudem vor, dass die Harmonisierung von Meldezeitpunkten zu prüfen und ggf. anzupassen ist. Derzeit lässt sich nicht verlässlich abschätzen, ob eine Anpassung der Meldezeitpunkte in DeQS-Verfahren umgesetzt wird. Aktuell übermitteln Leistungserbringer quartalsweise Daten an die Datenannahmestellen. Nicht auszuschließen ist, dass zur Sicherung der Datenqualität an der überwiegend quartalsweisen Datenübermittlung festgehalten wird.

Aktuell führt das IQTIG 16 QS-Verfahren im Regelbetrieb durch. Im Mittel werden je QS-Verfahren etwa 200.000 Datensätze pro Jahr übermittelt. Insgesamt werden für die 16 QS-Verfahren rund 3.200.000 Datensätze [= 16 * 200.000] und somit je Quartal näherungsweise 800.000 Datensätze übermittelt. Als Zeitaufwand wird für die Übermittlung eines Datensatzes eine Minute (vgl. Leitfaden, Anhang 4, Standardaktivität 8, Komplexität einfach) pro Fall angenommen. Als Lohnsatz werden 36,90 Euro pro Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 6, Wirtschaftsabschnitt Q Gesundheits- und Sozialwesen, Durchschnitt) angenommen.

Somit ergeben sich für die Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands verschiedene Szenarien. Bei Beibehalten des derzeitig quartalsweisen Meldeturnus ergibt sich keine Erfüllungsaufwandsänderung. Unter der Annahme, dass die Datenübermittlung einmal jährlich erfolgt, würden drei quartalsweise Datenmeldungen entfallen. Dies entspräche einer Reduzierung des jährlichen Erfüllungsaufwands um etwa 1.480.000 Euro [= (-3) * 800.000 * 1 Minute * 36,90 Euro/60 Minuten]. Bei Annahme eines mittleren Szenarios (halbjährliche Datenmeldung), welches in der tabellarischen Darstellung berücksichtigt wurde, entfallen zwei quartalsweise Datenübermittlungen. In diesem Fall entspräche die Reduzierung des

jährlichen Erfüllungsaufwands etwa 985.000 Euro pro Jahr [= (-2) * 800.000 * 1 Minute * 36,90 Euro/60 Minuten].

Erweiterung der Abrechnungsdaten und Angaben zum Mehrnutzen mehrkostenverursachender Versorgungen mit Hilfsmitteln, § 302 Absatz 1 SGB V:

Nach bisheriger Rechtlage haben die Leistungserbringer im Falle von Versorgungen mit Mehrkostenanteil, die Höhe der Mehrkosten an die Krankenkassen zu übermitteln. Der Regelungsentwurf erweitert diese Pflicht dahingehend, dass künftig auch der Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung. Die zusätzlichen Angaben führt nicht zur Einführung einer eigenständigen Dokumentations- oder Ermittlungspflicht. Die hierfür erforderlichen Informationen sind bereits in der Pflicht der Leistungserbringer zur Beratung der Versicherten enthalten. Der zusätzliche Erfüllungsaufwand beschränkt sich daher auf die Erfassung und Übermittlung dieser Angaben. Es wird von einer jährlichen Fallzahl von rund 7 Millionen ausgegangen. Dies beruht auf dem Achten Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln des GKV-Spitzenverbandes, der eine Gesamtzahl von 7.114.787 Mehrkostenfällen für das Berichtsjahr 2025 ausweist. Der zusätzliche Zeitaufwand ergibt sich insbesondere aus der Ermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Angaben zum Mehrnutzen oder den mehrkostenverursachenden Merkmalen des abgegebenen Hilfsmittels sowie deren Übermittlung an die Krankenkassen. Gemäß dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands wird der benötigte Zeitaufwand auf 3 Minuten pro Fall („Beschaffung der Daten“ bei einfachem Komplexitätsniveau – 2 Minuten; „Datenübermittlung und Veröffentlichung“ bei einfachem Komplexitätsniveau – 1 Minute) geschätzt. Bei Heranziehung des durchschnittlichen Lohnsatzes für die Gesamtwirtschaft in Höhe von 38,60 Euro pro Stunde ergibt sich ein jährlicher Erfüllungsaufwand der Wirtschaft von rund13,5 Millionen Euro. Ein gesonderter einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der informationstechnischen Systeme wird nicht ausgewiesen. Die erforderlichen Änderungen beschränken sich auf die Ergänzung der im Rahmen des elektronischen Datenaustauschs nach § 302 zu übermittelnden Angaben. Es wird davon ausgegangen, dass diese Anpassungen im Rahmen der regelmäßigen Fortschreibung der technischen Vorgaben für den Datenaustausch sowie die turnusmäßige Pflege der eingesetzten Abrechnungssoftware erfolgen können und deshalb kein gesonderter Erfüllungsaufwand verursacht wird.

Wegfall der Präqualifizierungspflicht für stationäre Pflegeeinrichtungen, § 126 Absatz 1c SGB V:

Durch die Regelung entfällt für stationäre Pflegeeinrichtungen, die ihre Bewohnerinnen und Bewohner selbst mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen versorgen, das Erfordernis einer Präqualifizierung.

Die Zahl der derzeit präqualifizierten stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht unmittelbar aus aktuellen statistischen Daten ermittelt werden. Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes bestanden im Jahr 2023 bundesweit 11.250 Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege. Da keine belastbaren Angaben darüber vorliegen, welcher Anteil dieser Einrichtungen selbst als Hilfsmittelleistungserbringer tätig ist und deshalb präqualifiziert sein muss, wird für die Modellrechnung angenommen, dass dies auf 30 Prozent der Einrichtungen zutrifft. Daraus ergibt sich eine geschätzte Zahl von 3.375 betroffenen Pflegeeinrichtungen.

Bei einer fünfjährigen Geltungsdauer der Präqualifizierungsbestätigung entfallen jährlich rechnerisch 675 Re-Präqualifizierungen. Innerhalb der Geltungsdauer finden zudem zwei turnusmäßige Überwachungen statt, sodass jährlich rund 1.350 Überwachungsverfahren entfallen.

Für die Re-Präqualifizierung wird ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 360 Minuten angesetzt. Dieser umfasst insbesondere die Zusammenstellung und Aktualisierung der Nachweise, die Antragstellung sowie die Kommunikation mit der Präqualifizierungsstelle.

Für eine Überwachung wird ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 240 Minuten zugrunde gelegt. Dieser umfasst vor allem den Aufwand für die Zusammenstellung und Aktualisierung der hierfür erforderlichen Unterlagen sowie die Kommunikation mit der Präqualifizierungsstelle.

Die Tätigkeiten werden regelmäßig durch die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung oder eine vergleichbar qualifizierte beschäftigte Person wahrgenommen. Daher wird ein Lohnkostensatz von 62 Euro je Stunde angesetzt.

Zusätzlich entfallen die Entgelte der Präqualifizierungsstellen. Auf Grundlage der veröffentlichten Gebührentabellen der Präqualifizierungsstellen wird modellhaft ein durchschnittliches Entgelt von 1.000 Euro für eine Re-Präqualifizierung und 300 Euro für eine Überwachung angesetzt.

Insgesamt ergibt sich eine jährliche Entlastung der stationären Pflegeeinrichtungen von rund 1,666 Millionen Euro.

Wegfall der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte:

Durch die Regelung entfällt für ärztliche Leistungserbringer, die Hilfsmittel an Versicherte abgeben, das Erfordernis einer Präqualifizierung. Betroffen sind insbesondere augenärztliche Leistungserbringer, die Kontaktlinsen oder andere präqualifizierungsrelevante Sehhilfen abgeben, sowie HNO-ärztliche Leistungserbringer, die am verkürzten Versorgungsweg bei der Versorgung mit Hörhilfen teilnehmen.

Die Zahl der präqualifizierten ärztlichen Leistungserbringer ist nicht bekannt. Die Fallzahl wird daher mangels belastbarer Datenbasis im Wege einer Modellrechnung geschätzt. Mangels belastbarer Daten wird der Anteil der augenärztlichen Leistungserbringer, die präqualifizierungspflichtige Sehhilfen (Kontaktlinsen, therapeutische Sehhilfen u.a.) abgeben, auf rund ein Drittel geschätzt. Für HNO-ärztliche Leistungserbringer wird angenommen, dass ca. 15 Prozent am verkürzten Versorgungsweg teilnehmen.

Auf Grundlage der im Bundesarztregister ausgewiesenen Zahl von 6.803 augenärztlichen und 4.622 HNO-ärztlichen Leistungserbringern ergibt sich hieraus eine geschätzte Zahl von rund 2.950 betroffenen Leistungserbringern.

Bei einer fünfjährigen Geltungsdauer der Präqualifizierungsbestätigung entfallen rechnerisch jährlich rund 590 Re-Präqualifizierungen. Innerhalb der Geltungsdauer finden zudem zwei turnusmäßige Überwachungen statt, sodass jährlich rund 1.180 Überwachungsverfahren entfallen.

Für die Re-Präqualifizierung wird ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 360 Minuten angesetzt. Dieser umfasst insbesondere die Zusammenstellung und Aktualisierung der Nachweise, die Antragstellung sowie die Kommunikation mit der Präqualifizierungsstelle.

Für eine Überwachung wird ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 240 Minuten zugrunde gelegt. Dieser umfasst neben der Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der Überwachung auch den Aufwand für die Zusammenstellung und Aktualisierung der hierfür erforderlichen Unterlagen sowie die Kommunikation mit der Präqualifizierungsstelle.

Die Tätigkeiten werden regelmäßig durch die Praxisleitung oder vergleichbar qualifizierte Beschäftigte wahrgenommen. Daher wird ein Lohnkostensatz von 62 Euro je Stunde angesetzt.

Zusätzlich entfallen die Entgelte der Präqualifizierungsstellen. Auf Grundlage der veröffentlichten Gebührentabellen der Präqualifizierungsstellen wird modellhaft ein durchschnittliches Entgelt von 1.000 Euro für eine Re-Präqualifizierung und 300 Euro für eine Überwachung angesetzt.

Insgesamt ergibt sich eine jährliche Entlastung der ärztlichen Leistungserbringer von rund 1,46 Millionen Euro.

Nachweispflicht an Präqualifizierungsstellen, § 126 Absatz 1d SGB V:

Für die von der Präqualifizierungspflicht befreiten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Pflegeeinrichtungen entsteht ein einmaliger geringfügiger Erfüllungsaufwand. Um weiterhin als geeignet für Vertragsabschlüsse in der zentralen Datenbank des GKV-Spitzenverbandes geführt zu werden, müssen sie sich die Bestätigung einmalig von einer Präqualifizierungsstelle bestätigen zu lassen. Diese Bestätigung ist erforderlich, um auch weiterhin als zu Vertragsabschlüssen mit Krankenkassen geeignet in der Präqualifizierungsdatenbank des GKV-Spitzenverbandes geführt zu werden. Dies gilt gleichermaßen für Apotheken, die bereits durch das Arzneimittel-Lieferengpass- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) vom 26. Juli 2023 für apothekenübliche Hilfsmittel von der Präqualifizierungspflicht entbunden wurden. Die Bestätigung stellt sicher, dass die Eignung der Leistungserbringer im System lückenlos dokumentiert bleibt, ohne dass ein vollständiges Rezertifizierungsverfahren durchlaufen werden muss.

Im Hinblick auf die Klarstellung zum Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur spezifischen Prophylaxe entsteht kein neuer Aufwand für die pharmazeutischen Unternehmer, da der G-BA bereits jetzt Nutzenbewertungen bei einer Erweiterung des erstattungsfähigen Anwendungsgebiets durchführt.

Sofern Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang geschlossen werden, kann den am Modellprojekt teilnehmenden Heilmittelerbringern ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Durchführung der Modellvorhaben entstehen.

Durch die Verpflichtung, für die Datenübermittlung im Rahmen des Gutachterverfahrens die Dienste der Telematikinfrastruktur zu nutzen (§ 87 Absatz 1c SGB V), werden die Praxen der zahnärztlichen Gutachterinnen und Gutachter durch den Wegfall von manuellem Ausfüllen, Kopieren, Kuvertieren und Versenden von Dokumenten von Bürokratieaufwand entlastet. Hinzu kommt der Wegfall von Sachkosten (Papier, Toner, Umschläge und Portokosten). Ausgehend von einer jährlichen Gesamtzahl der Gutachten von 258.000 (Quelle: Geschäftsbericht 2024/2025 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung) ergeben sich in den Praxen der Gutachter Einsparungen in Höhe von rund 1,2 Millionen Euro.

Für die DKG entsteht durch den Prüfauftrag zu der für psychosomatische Institutsambulanzen relevanten Patientengruppe gemäß § 118 Absatz 3 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von wenigen Personentagen, der voraussichtlich 5.000 Euro nicht überschreiten wird.

Für die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und die stationären Behinderteneinrichtungen entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V.

Die Verpflichtung zur Integration einer Verordnungssoftwareschnittstelle in informationstechnischen Systemen im Gesundheitswesen nach § 371 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entfällt. Für die Hersteller informationstechnischer Systeme entfällt damit der laufende Aufwand für Bereitstellung, Pflege und Anpassung der offenen Schnittstelle. Hierdurch ist mit einer laufenden jährlichen Entlastung von 15.000 bis 18.000 Personenstunden zu rechnen. Bei Heranziehung des Lohnsatzes für den Wirt-

schaftsabschnitt „Information und Kommunikation“ bei hohem Qualifikationsniveau in Höhe von 63,70 Euro pro Stunde gemäß der Lohnkostentabelle 2025 ergibt sich eine jährliche Entlastung von rund 1,05 Millionen Euro.

Für Einrichtungen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, die zugleich als besonders wichtige Einrichtungen nach § 28 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des BSI-Gesetzes (BSIG) oder als wichtige Einrichtungen nach § 28 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 BSIG gelten, ist die IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 390 SGB V künftig nur noch hinsichtlich der telematikinfrastrukturspezifischen Anforderungen nach Absatz 2 Nummer 1 verbindlich. Die betroffenen Einrichtungen (im Wesentlichen größere medizinische Versorgungszentren, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxisketten) erfüllen die übrigen Schutzziele bereits über das Risikomanagement nach § 30 BSIG, sodass eine doppelte Umsetzung entfällt. Die Entlastung beschränkt sich auf die Differenz zwischen den Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie und dem ohnehin nach § 30 BSIG umzusetzenden Risikomanagement; die telematikinfrastrukturspezifischen Anforderungen bleiben daneben anwendbar. Angesichts der geringen und nicht belastbar eingrenzbaren Zahl betroffener Einrichtungen wird der Erfüllungsaufwand als geringfügig eingestuft.

Für die antragstellenden Einrichtungen der ambulanten Versorgung entsteht beim Zukunftsfonds antragsgebundener Aufwand für die Antragstellung, die Sicherstellung der wissenschaftlichen Begleitung und des Ergebnistransfers sowie die Verwendungsnachweise. Die Inanspruchnahme der Förderung ist freiwillig; Aufwand entsteht nur bei den Einrichtungen, die sich für eine Antragstellung entscheiden. Er wird durch die gewährte Zuwendung regelmäßig gedeckt und daher als geringfügig eingestuft.

Die Berichtspflicht der Hersteller von IT-Systemen gegenüber dem Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) nach § 385 Absatz 3 Nummer 16 SGB V entfällt. Die Pflicht ist von geringer Praxisrelevanz und weitgehend redundant, da wesentliche Änderungen zertifizierter Systeme bereits nach § 15 der Verordnung zur Governance der Interoperabilität im Gesundheitswesen (IOP-Governance-Verordnung) gegenüber dem KIG anzuzeigen sind. Der entfallende Aufwand ist gering und mangels belastbarer Fallzahlen nicht bezifferbar; er wird als geringfügig eingestuft.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Regelungen zur Vereinfachung der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergibt sich eine Einsparung von Bürokratiekosten. Durch die Umstellung des zweistufigen Verfahrens zur Beantragung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie auf ein einstufiges Verfahren werden auf Grundlage der Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Bürokratiekosten in Höhe von rund 8,2 Millionen Euro gespart. Für die zweimalige Beantragung einer Kurzzeittherapie fällt bisher schätzungsweise ein Bürokratieaufwand pro Patientin und Patient in Höhe von 42,27 Euro im Jahr an, der sich aus einer Tätigkeit mit hohem Qualifikationsniveau von 32,5 Minuten bei einem Lohn von 74,10 Euro pro Stunde und aus einer Tätigkeit mit einfachem Qualifikationsniveau von 5 Minuten bei einem Lohn von 25,60 Euro pro Stunde ergibt (siehe jeweils Q86 Gesundheitswesen der Lohnkostentabelle 2025 des Statistischen Bundesamtes). Bei rund 67 Prozent der rund 580 000 im Jahr 2022 begonnenen Kurzzeittherapien wurde ein zweiter Antrag erforderlich, der künftig wegfällt. In 388 600 Fällen entfallen damit die Hälfte der für die zweimalige Beantragung veranschlagten Kosten in Höhe von 21,14 Euro.

4.3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands der Verwaltung

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
3.1	Art. 1, § 33 Absatz 4; Energiekosten Hilfsmittel	nein	Bund	600.000 Energiekostenerstattungsfälle	14 Minuten x 48,10 Euro/h	6.734	
3.2	Art. 1, § 33 Abs. 5a; Kein Verzicht auf die Genehmigung bei Hörhilfenversorgung	nein	Bund	1.000.000 Genehmigungsverfahren	6 Minuten x 48,10 Euro/h	4.810	
3.3	Art. 1, § 127 Absatz 1; Abschluss und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung	nein	Bund	31,9 Mio. Hilfsmittelversorgungen	1 Minute x 48,10€/h (Durchschnitt Sozialversicherung)	- 25.573	Anzahl der jährlichen Hilfsmittelversorgungen 2025 (Quelle: 8. Mehrkostenbericht GKV-Spitzenverband)
3.4	Art. 1; § 206a; Datenaustausch Finanzämter	nein	Krankenkassen	3.1 Mio. Fälle	0,5 h * 46,30 EUR (gD/SV) = 23,15 EUR	- 71.765	3.1 Mio. freiwillig Versicherte (ohne Arbeitnehmer) Zeitwerttabelle Nr. 2-5, 7 & 11 einfach
3.5	Art. 1, § 266, Abschaffung des Ausschlusses auffälliger Risikogruppen im RSA-Jahresausgleich	Nein	Bund	1 (BAS)	-68 090 Euro = (320h x 40,40 €/h (gD); 816h x 67,60 €/h (hD)	-68	Der Ausschluss auffälliger Risikogruppen im Jahresausgleich war bisher jährlich vom BAS durchzuführen. Ermittlung des entfallenden Zeitaufwands durch Schätzung für einzelne Prozessschritte.
3.6	Art. 1, § 273, Neukonzeption der Prüfungen der RSA-Datenmeldungen	Nein	Bund	1 (BAS)	-314 222 Euro = (5,4h x 33,80 €/h (mD); 1117h x 40,40 €/h (gD); 3978h x	-313	Das BAS führt künftig anstatt der bisherigen regulären Einzelfallprüfungen ein Mal jährlich ein pauschaliertes Kürzungsverfahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen durch. Ermittlung des

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
					67,60 €/h (hD)) 1 706 Euro = (8,3h x 33,80 €/h (mD); 8h x 40,40 €/h (gD); 16,3h x 67,60 €/h (hD))		dadurch reduzierten Zeitaufwands durch Schätzung für einzelne Prozessschritte. Mehraufwand des BAS durch einen neuen Prozessschritt für das ein Mal jährlich durchzuführende pauschalierte Kürzungsverfahren. Ermittlung des Zeitaufwands durch Schätzung.
				1 (GKV gesamt)	-352 494 Euro = (3060h x 46,30 €/h (gD); 2880h x 73,20 €/h (hD)) 47 800 Euro = (400h x 46,30 €/h (gD); 400h x 73,20 €/h (hD))	-305	Für die GKV reduziert sich Bearbeitungsaufwand durch das künftig anstatt der bisherigen regulären Einzelfallprüfungen ein Mal jährlich durchzuführende pauschalierte Kürzungsverfahren. Ermittlung des dadurch reduzierten Zeitaufwands durch Schätzung für einzelne Prozessschritte. Mehraufwand für die GKV durch einen neuen Prozessschritt für das ein Mal jährlich durchzuführende pauschalierte Kürzungsverfahren. Ermittlung des Zeitaufwands durch Schätzung.
3.7	Art. 1 § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 2; Entlastung der Datenannahmestellen durch die Einführung des One-Stop-Shop-		Land	51 Datenannahmestellen	-74.720 Euro = (-96.000 / 60) h × 46,70 Euro/h (100%	-3.811 ab 2030	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	Verfahrens für Leistungserbringer zum Zweck der Qualitätssicherung				Durchschnitt)		
	Art. 1 § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 2 SGB 5; Aufwand der Zentralen Stelle durch Einführung des One-Stop-Shop-Verfahrens für Leistungserbringer zum Zweck der Qualitätssicherung		Bund	1 Zentrale Stelle	1.776.000 Euro = (2.400.000 / 60) h × 44,40 Euro/h (100% Durchschnitt)	1.776 ab 2030	
3.8	§ 334 Absatz 3 Satz 1 SGB 5; Anbindung verschiedener Akteure an die Telematikinfrastruktur (Änderung)		Bund	4 Schnittstellen	8.500 Euro = 0 + 8.500 Euro	geringfügig	geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall
	§ 334 Absatz 3 Satz 1 SGB 5; Anbindung verschiedener Akteure an die Telematikinfrastruktur (Änderung)		Land	17 Schnittstellen	8.500 Euro = 0 + 8.500 Euro	145	
	§ 334 Absatz 3 Satz 1 SGB 5; Entfallende Aufwände für parallele IT-Infrastrukturen bei GBA und GKV-Spitzenverband durch Nutzung der Telematikinfrastruktur (Änderung)			2 IT-Infrastruktur			
3.9	Art. 1; § 371 Absatz 1 Nummer 2 SGB V; Wegfall des Bestätigungsverfahrens	Nein	Selbstverwaltung (gematik/ Kassen-	nicht bezifferbar	geringfügig	geringfügig	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
			ärztliche Bundesvereinigung)				
3.10	Art. 1; § 385 Absatz 3 Nummer 16 SGB V; Wegfall der Berichtsauswertung	Nein	Selbstverwaltung (gematik/ Kassenärztliche Bundesvereinigung)	nicht bezifferbar	geringfügig	geringfügig	
3.11	Art. 1; § 394b SGB V; Mitwirkung im Digital Health Council	Nein	Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, gematik)	laufend	Sitzungen	geringfügig	
3.12	Art. 2, § 270, Streichung der Programmkostenpauschale	Nein	Bund	1 (BAS)		Erfüllungsaufwand entfällt geringfügig	Geringer Zeit- und Sachaufwand
3.13	Art. 15; § 7 Absatz 2 Satz 4 RSAV	Nein	Bund	1 (BAS)	geringfügig	geringfügig	Geringer Zeit- und Sachaufwand
			Krankenkassen	15 Krankenkassen	geringfügig	geringfügig	Geringer Zeit- und Sachaufwand

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Jährlicher Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
3.14	Art. 5, § 11 Absatz 1 Satz 5 KHEntgG, Art. 4, § 11 Absatz 1 Satz 5 BPflV; Streichung eines Vereinbarungsgegenstands	nein	Krankenkassen (Landes-/Ortsebene)			geringfügig	es handelt sich lediglich um einen quantitativ untergeordneten Vereinbarungsgegenstand)
	Summe in Tsd. Euro					**-14.570** ab dem Jahr 2030: **-88.370**	
	davon Bund					-12.634	
	davon Land (inkl. Kommunen)					-3.666	
	davon Sozialversicherung					-72.070	

Einmaliger Erfüllungsaufwand der Verwaltung

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
3.1	Art.1, § 64f, Modellvorhaben Direktzgang	Nein		4 Krankenkassen		geringfügig	Einmaliger Mehraufwand für die Vertragsverhandlungen
3.2	Art. 1, Nr. 69; § 127 Absatz 1; Abschluss und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung	nein	Bund	1 Spitzenverband Bund der Krankenkassen; 94 Krankenkassen; 1 Rahmenvertrag	GKV-Spitzenverband: 1.000 Stunden; Krankenkassen: jeweils 120 Stunden	616	
3.3	Art. 1, Nr. 112; § 302; Erweiterung der Abrechnungsdaten und Angaben	nein	Bund	1 Mehrkostenbericht	geringfügig		Geringfügiger Erfüllungsaufwand bei Anpassung der technischen Vorgaben im Rahmen

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	zum Mehrnutzen mehrkostenverursachender Versorgungen mit Hilfsmitteln; Erweiterung des Umfangs des Mehrkostenberichts						des elektronischen Datenaustauschs mit den Krankenkassen, der angesichts der geringen Fallzahl vernachlässigbar ist
3.4	Art.1, § 125 Absatz 1; Definition von Fällen, bei denen eine Beanstandung der Abrechnung durch die Krankenkasse vollständig oder teilweise unterbleibt	Nein		1 (GKV-Spitzenverband)		geringfügig	einmaliger Mehraufwand für den GKV-Spitzenverband durch die gesetzlich vorgegebene Anpas-sung der Verträge nach § 125 SGB V
3.5	Art. 1, Nr. 69; § 127 Absatz 13; übergreifender Qualitätsbericht in der Hilfsmittelversorgung	nein	Bund	95	1479 Minuten x 45,20€/h	106	
3.6	Art. 1; § 206a Einführung Datenaustausch Finanzämter	Nein	Krankenkassen, und Länder			5.000 (2,5 Mio Euro Krankenkassen + 2,5 Mio Euro Finanzverwaltung)	Meldung der Beitragszahlungen durch Krankenkassen an Finanzbehörden etabliert. Schätzableitung von ähnlichem Vorhaben: OnDEA-IP 20181012102010 01_31X
3.7	Art. 1, § 270, Konzeption zur Programmkostenpauschale auch für rechtskonforme DMP ohne Zulassung	Nein	Bund	1 (BAS)		geringfügig	Geringer Zeit- und Sachaufwand
3.8	Art. 1, § 273, Neukonzeption der Prüfungen der RSA-Datenmeldungen	Nein	Bund	1 (BAS)		geringfügig	Geringer Zeitaufwand für die einmalige, zusammengefasste Durchführung des pauschalierten Kürzungsverfahrens für die Berichtsjahre 2013-2019.

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
				1 (GKV gesamt)	286 800 Euro = (2400h x 46,30 €/h (gD); 2400h x 73,20 €/h (hD))	287	Einmaliger Mehraufwand für die GKV für die zusammengefasste Durchführung des pauschalierten Kürzungsverfahrens für die Berichtsjahre 2013-2019. Ermittlung des Zeitaufwands durch Schätzung für einzelne Prozessschritte.
3.9	Art. 1, § 301 Absatz 2b; Meldepflicht für Krankenkassen zu Voraufenthalten und damit einhergehende Entlastung der Krankenhäuser von Rechercheaufwand	nein	Krankenkassen (Landes-/Ortsebene)	93 Krankenkassen	1.756,80 Euro (24h * 73,20 Euro (Sozialversicherung höherer Dienst)	163	
3.10	§ 334 Absatz 3 Satz 1 SGB 5; Anbindung verschiedener Akteure an die Telematikinfrastruktur (Änderung)		Bund	4 Schnittstellen	45.000 Euro = 0 + 45.000 Euro	180	
	§ 334 Absatz 3 Satz 1 SGB 5; Anbindung verschiedener Akteure an die Telematikinfrastruktur (Änderung)		Land	17 Schnittstellen	45.000 Euro = 0 + 45.000 Euro	765	
3.11	Art. 2, § 270, Konzeption zur Berücksichtigung programmbedingter Leistungsausgaben im RSA	Nein	Bund	1 (BAS)		geringfügig	Geringer Zeit- und Sachaufwand
	Summe in Tsd. Euro					**7.117**	
	davon Bund					180	

lfd. Nr.	Artikel; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land	Einmalige Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall in Euro (Zeit × Lohnsatz + Sachaufwand)	Einmaliger Erfüllungsaufwand in Tsd. Euro oder „geringfügig“	Erläuterungen zu Fallzahl und Aufwand pro Fall inklusive Quellen (optional), Begründung bei Geringfügigkeit
	davon Land (inkl. Kommunen)					3.265	
	davon Sozialversicherung					3.672	

Abschluss und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung, § 127 Absatz 1 SGB V:

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Krankenkassen entsteht durch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zunächst einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser entsteht insbesondere durch die Verhandlung und den Abschluss des Rahmenvertrags, die Anpassung interner Verwaltungsabläufe und informationstechnischer Anwendungen sowie die Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben in den Verwaltungsverfahren der Krankenkassen.

Für die Ermittlung des einmaligen Erfüllungsaufwands wird für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Zeitaufwand von 1.000 Stunden für die Vorbereitung, Verhandlung, den Abschluss und die Einführung des Rahmenvertrags angesetzt. Hierfür wird entsprechend den Lohnkostentabellen des Statistischen Bundesamtes der Lohnkostensatz der Sozialversicherung für den höheren Dienst zugrunde gelegt, da die Tätigkeiten überwiegend rechtlicher, konzeptioneller und strategischer Natur sind.

Für die Krankenkassen wird angenommen, dass jede der derzeit 94 Krankenkassen durchschnittlich 120 Stunden für die Prüfung und Umsetzung des Rahmenvertrags, die Anpassung interner Arbeitsanweisungen, Verwaltungsabläufe und informationstechnischer Anwendungen sowie die Information der betroffenen Beschäftigten aufwendet. Hierfür wird der durchschnittliche Lohnkostensatz der Sozialversicherung nach den Lohnkostentabellen des Statistischen Bundesamtes verwendet, da an der Umsetzung Beschäftigte unterschiedlicher Laufbahngruppen beteiligt sind. Hieraus ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand der Verwaltung von rund 616 Tsd. Euro.

Dem einmaligen Umstellungsaufwand steht eine dauerhafte Entlastung gegenüber. Diese beruht auf der Vereinheitlichung administrativer Anforderungen und Verfahrensabläufe. Künftig verringert sich insbesondere der Aufwand für die Prüfung unterschiedlicher vertraglicher Regelungen, die Bearbeitung von Genehmigungsverfahren, die Prüfung von Unterlagen, die Behandlung formaler Fehler sowie den Austausch versorgungs- und abrechnungsrelevanter Daten.

Grundlage der Fallzahlannahme ist der 8. Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmitteln gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Danach wurden im Berichtsjahr 2025 rund 31,9 Millionen Hilfsmittelversorgungen abgerechnet. Da sämtliche Hilfsmittelversorgungen den bundeseinheitlichen administrativen Vorgaben unterliegen, werden sämtliche Hilfsmittelversorgungen als jährliche Fallzahl berücksichtigt.

Für jede Hilfsmittelversorgung wird eine durchschnittliche Zeitersparnis von einer Minute angenommen. Der Zeitansatz bildet einen Durchschnitt über sämtliche Verwaltungsvorgänge und berücksichtigt insbesondere die Vereinfachung der Prüfung administrativer Anforderungen sowie die Verringerung des Bearbeitungsaufwands infolge bundeseinheitlicher

Verfahrensregelungen. Für die Ermittlung der jährlichen Entlastung wird der durchschnittliche Lohnkostensatz der Sozialversicherung zugrunde gelegt, da sich die Entlastung auf laufende Verwaltungsprozesse erstreckt, an denen Beschäftigte unterschiedlicher Laufbahngruppen beteiligt sind.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der bundesweite Rahmenvertrag den Aufwand für den Abschluss sowie die Fortschreibung der Verträge nach § 127 SGB V dauerhaft reduziert. Künftig müssen zahlreiche administrative Regelungsgegenstände nicht mehr auf Ebene der einzelnen Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt und abgestimmt werden, sondern ergeben sich unmittelbar aus dem bundesweiten Rahmenvertrag. Hierdurch verringert sich insbesondere der Aufwand für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Vertragsverhandlungen sowie für die Erstellung, Prüfung und Fortschreibung von Vertragstexten. Eine belastbare Quantifizierung dieser Entlastungswirkung ist aufgrund der unterschiedlichen Vertragsstrukturen und Verhandlungspraxis der Vertragspartner nicht möglich; sie ist daher im Erfüllungsaufwand nicht gesondert ausgewiesen.

Keine Genehmigung von Hörhilfen, § 33 Absatz 5a Satz 2 SGB V:

Nach der bisherigen Rechtslage können Krankenkassen bei der Versorgung mit Hörhilfen auf eine Genehmigung verzichten. Der Regelungsentwurf sieht vor, dass ein solcher Verzicht nunmehr ausgeschlossen ist. Zukünftig ist jede Versorgung mit Hörhilfen vorab durch die Krankenkasse zu prüfen und zu genehmigen. Insgesamt wird eine Fallzahl von rund 1 Million angenommen. Dies beruht auf dem Achten Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln des GKV-Spitzenverbandes, der für die Produktgruppe 13 (Hörhilfen) für das Berichtsjahr 2025 976.000 Versorgungsfälle ausweist. Validierte Daten zum Zeitaufwand der Prüfung der Hörhilfenversorgungen liegen nicht vor. Es wird angenommen, dass 6 Minuten pro Fall benötigt werden. Dieser setzt sich aus folgenden Standardaktivitäten des Leitfadens, Zeitwerttabelle der Verwaltung bei einfachem Komplexitätsniveau zusammen: „Formelle Prüfung, Daten sichten“ (5 Minuten) und „Datenübermittlung und Veröffentlichung“ (1 Minute). Bei Heranziehung des durchschnittlichen Lohnsatzes der Sozialversicherung im Leitfaden, Lohnkostentabelle der Verwaltung von 48,10 Euro pro Stunde wird ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 4,8 Millionen Euro geschätzt.

Vereinheitlichung des Umgangs mit Energiekosten für elektrische Hilfsmittel, § 33 Absatz 4:

Validierte Daten zur Zahl der jährlichen Energiekostenerstattungsfälle liegen nicht vor. Die Fallzahl wird daher ausgehend von den Versorgungszahlen des Achten Mehrkostenberichts des GKV-Spitzenverbandes geschätzt. Im Berichtsjahr 2025 wird eine Gesamtzahl der Hilfsmittelversorgungen von 31,9 Millionen Fällen angegeben. Berücksichtigt man nur die Produktgruppen, in denen elektrisch betriebene Hilfsmittel mit relevantem Energieverbrauch enthalten sind, wie Absauggeräte, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Kranken- und Behindertenfahrzeuge u.a., sind circa 4,2 Millionen Versorgungsfälle berücksichtigungsfähig. Da diese Produktgruppen jeweils auch nicht elektrisch betriebene Hilfsmittel enthalten, wird ein 50-prozentiger Abschlag auf 2,1 Millionen Versorgungsfälle vorgenommen. Ob und wann ein Antrag auf Energiekostenerstattung bei der Krankenkasse gestellt wird, ist von vielen Faktoren, unter anderem der Nutzungs- und Lebensdauer der Produkte abhängig. Ausgehend davon, dass bei ca. 30 Prozent der energierelevanten Versorgungsfälle im gleichen Jahr ein Energiekostenerstattungsantrag gestellt wird, ergeben sich 629.000 Fälle jährlich. Aufgrund der mit der Schätzung verbundenen Unsicherheiten wird für die Berechnung des Erfüllungsaufwands eine gerundete Fallzahl von 600.000 zugrunde gelegt.

Für die bisherige einzelfallbezogene Bearbeitung werden die Standardaktivitäten „Formelle Prüfung, Daten sichten“ bei einfachem Komplexitätsniveau (5 Minuten), „Inhaltliche Prü-

fung, Daten erfassen“ bei einfachem Komplexitätsniveau (8 Minuten) sowie „Berechnungen durchführen“ bei einfachem Komplexitätsniveau (9 Minuten) zugrunde gelegt. Hieraus ergibt sich ein aktueller Bearbeitungsaufwand von 22 Minuten je Fall.

Durch die vorgesehenen einheitlichen Vorgaben zur Ermittlung der Energiekosten und insbesondere die Möglichkeit der Festlegung von Energiepauschalen kann die individuelle Ermittlung und Prüfung der für die Berechnung maßgeblichen Parameter erheblich reduziert werden. Die formelle Prüfung des Erstattungsanspruchs bleibt weiterhin erforderlich (5 Minuten). Für die Zuordnung des jeweiligen Falls zu der maßgeblichen Berechnungsregel oder Energiepauschale werden zusätzlich 3 Minuten angesetzt. Der Bearbeitungsaufwand reduziert sich damit von 22 auf 8 Minuten je Fall. Die Zeitersparnis beträgt 14 Minuten je Fall.

Bei jährlich rund 600.000 Energiekostenerstattungsfällen ergibt sich eine Zeitentlastung von rund 140.000 Stunden. Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Lohnkostensatzes der Sozialversicherung von 48,10 Euro je Stunde ergibt sich eine jährliche Entlastung der Krankenkassen von rund 6,7 Millionen Euro.

Qualitätssicherungspflichten der Krankenkassen; Berichtspflicht, § 127 Absätze 11, 12,13,14:

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Qualität der Leistungserbringung in der Hilfsmittelversorgung zu überprüfen. Die Neuregelung sieht neben den von den Krankenkassen durchzuführenden Qualitätsprüfungen eine vom GKV-Spitzenverband koordinierte, jährlich durchzuführende Prüfung eines bestimmten, vorher festzulegenden Versorgungsbereichs vor. Die Ergebnisse der Prüfungen der Krankenkassen sind vom GKV-Spitzenverband zu bündeln, auszuwerten und es ist ein entsprechender Bericht zu erstellen. In Deutschland gibt es Stand 2024 95 Krankenkassen. Validierte Daten zum Zeitaufwand liegen nicht vor. Dementsprechend wird der Zeitaufwand anhand des Leitfadens mit folgenden Standardaktivitäten bei Komplexitätsniveau geschätzt: „Inhaltliche Prüfung, Daten erfassen“ bei hohem Komplexitätsniveau (792 Minuten), „Abschließende Informationen aufbereiten, Bescheid erstellen“ bei hohem Anforderungsniveau (480 Minuten) und „Überwachungs- und Aufsichtsmaßnahmen“ bei mittlerem Komplexitätsgrad (207 Minuten). Insgesamt ergibt sich damit ein Zeitaufwand von 1 479 Minuten. Bei Heranziehung des durchschnittlichen Lohnsatzes der Sozialversicherung von 45,20 Euro pro Stunde wird ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 106 000 Euro geschätzt.

Soweit Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang geschlossen werden, kann der GKV ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Durchführung der Modellvorhaben entstehen.

Im Hinblick auf die Klarstellung zum Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur spezifischen Prophylaxe entsteht kein neuer Aufwand für den G-BA, da dieser bereits jetzt Nutzenbewertungen bei einer Erweiterung des erstattungsfähigen Anwendungsgebiets durchführt.

Durch die Verpflichtung, für die Datenübermittlung im Rahmen des Gutachterverfahrens nach BMV-Z die Dienste der Telematikinfrastruktur zu nutzen (§ 87Absatz 1c SGB V), werden die Krankenkassen von Bürokratieaufwand entlastet. Es entfallen das manuelle Öffnen und Scannen sowie die manuelle Datenübernahme in Systeme. Ausgehend von einer jährlichen Gesamtzahl der Gutachten von 258.000 (Quelle: Geschäftsbericht 2024/2025 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung) ergeben sich für die Krankenkassen Einsparungen in Höhe von rund 1,2 Millionen Euro.

Dem GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung entsteht ein einmaliger zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch den Abschluss einer Vereinbarung zu den

Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Zusammenarbeit zwischen zahnärztlichen und sonstigen Leistungserbringern in stationären Behinderteneinrichtungen in Höhe von 10.000 Euro.

Dem GKV-Spitzenverband sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht jeweils durch den Prüfauftrag zu der für psychosomatische Institutsambulanzen relevanten Patientengruppe gemäß § 118 Absatz 3 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von wenigen Personentagen, der voraussichtlich jeweils 5.000 Euro nicht überschreiten wird.

Für den GKV-Spitzenverband entsteht durch die einmalige Evaluierung der befristeten Lockerung des Überweisungserfordernisses gemäß § 118 Absatz 3 SGB V ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand, dessen Höhe von der festzulegenden Evaluationsmethodik des GKV-Spitzenverbands abhängt.

Die Klarstellungen zur Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, des G-BA sowie diverser Schiedsstellen, die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe und Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen vorzusehen, verursachen bei diesen Selbstverwaltungsorganisationen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Die genannten Selbstverwaltungsorganisationen haben zum Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit spätestens in der COVID-19-Pandemie die technischen Voraussetzungen zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen bereits geschaffen. Darüber hinaus können die Selbstverwaltungsorganisationen die Nutzung hybrider und digitaler Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen nach den neuen Regelungen weitgehend selbst gestalten. Auch die klarstellenden einheitlichen Regelungen zur Möglichkeit der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen bei den Landes- und Bundesschiedsämtern, den sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Bundes- und Landesebene sowie den Landesausschüssen verursachen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Es kann vor diesem Hintergrund deshalb davon ausgegangen werden, dass vor allem durch die Ermöglichung der Bild- und Ton-Zuschaltung von Mitgliedern zu hybriden Sitzungen der Organe und Gremien voraussichtlich sogar Mittel zum Beispiel in Form von Reisekosten sowie personelle Ressourcen durch reduzierten Zeitaufwand für Sitzungsteilnahmen eingespart werden können. Die Höhe möglicher Entlastungen hängt davon ab, in welchem Umfang künftig von den Möglichkeiten Gebrauch gemacht wird, sodass diese nicht quantifizierbar ist.

Für die Geltung der Ausschlussfristen für Beratungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Antrag auf Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme; § 137g SGB V-E; Sozialversicherungen: Für die Krankenkassen entfällt im Zusammenhang mit der vorgesehenen Entbürokratisierung durch Verzicht auf das Zulassungsverfahren beim BAS Erfüllungsaufwand. Der Paragraf wird vollständig durch andere Inhalte ersetzt, sodass die Vorgabe zum 31.12.2026 außer Kraft tritt.

strukturierte Behandlungsprogramme; § 137f Absatz 3 SGB V-E; Sozialversicherungen: Die Krankenkassen haben auf ihrer Internetseite eine vierteljährlich zu aktualisierende Übersicht über die von ihnen angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Datum des erstmaligen Beginns des jeweiligen Programms bezogen auf den jeweiligen räumlichen Geltungsbereich sowie eine Liste der an der Versorgung im Rahmen des jeweiligen Programms teilnehmenden Leistungserbringer zu veröffentlichen und ihre Versicherten regelmäßig über die angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme zu informieren. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen bereits umfänglich zu strukturierten Behandlungsprogrammen informieren. Dies hat damit vor allem eine klarstellende Funktion. Geringfügig könnten Kosten für Anpassungen entstehen, wie die Einstellung eines Datums. Insofern wird hier kein Erfüllungsaufwand beziffert.

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Vertragsschließung und Prüfung der Verträge nach § 137f SGB V: Für die aufsichtsrechtliche Begleitung der Vertragsschließung und Prüfung der Verträge nach § 137f SGB V entsteht beim BAS auf Grundlage einer Personalbedarfsermittlung ein laufender Erfüllungsaufwand in Höhe von 6,39 Vollzeitäquivalenten und Personalkosten in Höhe von gut 0,5 Mio. Euro. Damit der Bundeshaushalt von diesem Mehrbedarf unberührt bleibt, werden im selben personellen Umfang weitere Gebührentatbestände für die Bestimmung von Schiedspersonen für die Fälle der §§ 73b, 132, 132a, 132b, 132d, 132e, 132i, 132k SGB V geschaffen. Durch diese Veränderungen wirkt der Aufwand für Aufsichtsaufgaben im Bundeshaushalt aufwandsneutral. Durch den gleichzeitigen Verzicht auf das bisherige, aufwendige Zulassungsverfahren für DMP entfällt beim BAS Erfüllungsaufwand im Umfang von 15,5 Stellen, die bisher aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung refinanziert wurden.

Bestimmung einer Schiedsperson durch das BAS; § 137f Absatz 6a SGB V-E; Bundesvorgabe: Durch die neue Aufgabe des BAS, als Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen zur Konfliktlösung im Rahmen der Vertragsverhandlungen über die künftig verpflichtend abzuschließenden Verträge zwischen Krankenkassen oder ihren Landesverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Schiedsperson zu benennen, wenn sich die Vertragsparteien nicht selbst auf eine Schiedsperson einigen können, entsteht auf Grundlage einer Personalbedarfsermittlung laufender refinanzierter Erfüllungsaufwand in Höhe von 2,33 Vollzeitäquivalenten und Personalkosten in Höhe von gut 0,2 Millionen Euro.

Aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale entfällt beim BAS dauerhaft Erfüllungsaufwand in marginaler Höhe, da im Risikostrukturausgleich das Bereinigungsverfahren bei den standardisierten Leistungs- und Verwaltungsausgaben nicht mehr erforderlich ist. Da die Bereinigung maßgeblich vollautomatisiert abläuft, ist nur von einem entfallenden Erfüllungsaufwand in irrelevanter Höhe auszugehen.

Einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht dem BAS für die Umsetzung des Zuweisungsverfahrens, welches die Programmkostenpauschale auch für DMP ohne förmliche Zulassung vorsieht. Der Erfüllungsaufwand dafür wird auf rund 11 000 Euro Personalkosten geschätzt, wie für die Implementierung eines neuen RSA-Zuweisungsverfahren nach § 269 Absatz 2 und 4 SGB V (OnDEA 2021012814273601).

Einmaliger geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht dem BAS zudem für die Konzeption des Zuweisungsverfahrens der Berücksichtigung der programmbedingten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich. Der Erfüllungsaufwand dafür wird auf rund 11 000 Euro Personalkosten geschätzt, wie für die Implementierung eines neuen RSA-Zuweisungsverfahrens nach § 269 Absätze 2 und 4 SGB V (OnDEA 2021012814273601).

Dadurch dass die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen nach § 273 SGB V bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen ersetzt werden, ergeben sich für das BAS dauerhafte Minderaufwände in Höhe von insgesamt 3,19 Stellen (rund 314.300 Euro). Hinzu kommt ein dauerhafter Minderaufwand in Höhe von insgesamt 0,71 Stellen durch die Abschaffung des Ausschlusses auffälliger Risikogruppen (rund 70.000 Euro). Dem steht ein dauerhafter Mehraufwand durch einen neuen Prozessschritt des pauschalierten Kürzungsverfahrens in Höhe von insgesamt 0,02 Stellen (rund 1.700 Euro) sowie ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Form der zusammengefassten Durchführung des pauschalierten Kürzungsverfahrens für die Berichtsjahre 2013 bis 2019 in Höhe von 0,075 Stellen gegenüber (rund 6.500 Euro). Die dem BAS bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden gemäß § 271 Absatz 7 SGB V aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

Dadurch dass die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen nach § 273 SGB V bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten durch ein pauschaliertes Kürzungsver-

fahren bei statistisch auffälligen Krankenkassen ersetzt werden, entfallen bei den Krankenkassen die erheblichen Anstrengungen, um die Feststellung einer rechtswidrigen Einwirkung auf die RSA-Datengrundlagen zu vermeiden. Dadurch reduzieren sich die jährlichen Aufwendungen der Krankenkassen um insgesamt rund 352.500 Euro. Dem steht ein jährlicher Mehraufwand der Krankenkassen durch die Prüfung des als Ergebnis des pauschalierten Kürzungsverfahrens vom BAS versendeten Bescheides in Höhe von insgesamt rund 48.000 Euro sowie ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit der zusammengefassten Durchführung des pauschalierten Kürzungsverfahrens für die Berichtsjahre 2013 bis 2019 in Höhe von insgesamt rund 287.000 Euro gegenüber.

Aufgrund des Entfallens von Anhörung und Bescheidung durch das BAS in Fällen der verlängerten Löschvorgabe gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) entfällt sowohl beim BAS als auch bei den betreffenden Krankenkassen dauerhaft Erfüllungsaufwand in marginaler Höhe, da das BAS keine Anhörungen mehr vorbereiten, keine Stellungnahmen der Krankenkassen auswerten und keine entsprechende Bescheide mehr erlassen muss. Bei den betreffenden Krankenkassen fällt der im Zusammenhang mit der Erstellung von Stellungnahmen entstehende Aufwand nicht mehr an.

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über die Grundkonzeption einer zentralen Betrugsdatenbank für die Fehlverhaltensbekämpfung, entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300.000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie zehn Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3.300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bewirkt einen dauerhaften Erfüllungsaufwand für zusätzliche Personalressourcen, die eingesetzt werden müssen. Dieser ist allerdings begrenzt, da bei den Landesverbänden bereits sehr weitgehend Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf der Grundlage der bisherigen Regelung nach § 197a Absatz 1 Satz 1 SGB V gebildet sind. Der notwendige Personalaufwand für einzelne Neueinrichtungen hängt maßgeblich von der künftigen Aufgabenverteilung bei der Fehlverhaltensbekämpfung ab, die erst noch zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden zu vereinbaren ist. Die Regelungen über erweiterte Datenübermittlungsbefugnisse verursachen einen geringen, nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand, da die Datenübermittlung regelmäßig automatisiert in digitaler Form erfolgt. Insgesamt ist bei den Regelungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen von einem zu vernachlässigenden Erfüllungsaufwand auszugehen. Diesem stehen perspektivisch – bedingt durch eine Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung – erhebliche, nicht näher quantifizierbare Einsparpotenziale in Form von Minderausgaben der GKV sowie erhöhte Regresseinnahmen gegenüber.

Mit dem Wegfall der Verpflichtung nach § 371 Absatz 1 Nummer 2 SGB V entfällt zugleich das Verfahren zur Bestätigung der Schnittstelle. Die Gesellschaft für Telematik (gematik) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden insoweit von dem mit der Bestätigung verbundenen Aufwand entlastet. Belastbare Daten zur Zahl der jährlich zu bestätigenden Systeme und zum Zeitaufwand je Verfahren liegen nicht vor; der Erfüllungsaufwand wird daher als geringfügig eingestuft.

Auf Seiten der gematik entfällt zudem der Aufwand für die Entgegennahme und Auswertung der Berichte nach § 385 Absatz 3 Nummer 16 SGB V. Auch dieser Aufwand ist geringfügig.

Bezüglich des Erfüllungsaufwands der Verwaltung aus den Regelungen zum Zukunftsfonds gilt: Für die geringfügigen Positionen gelten die vorstehenden Erläuterungen. Der personalwirksame Verwaltungsaufwand des Bundes aus den Regelungen zum Zukunftsfonds wird nachfolgend im Zusammenhang dargestellt, da er sich einer fallbezogenen Betrachtung entzieht.

Für den Zukunftsfonds nach § 394b SGB V entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit für die Steuerung ein laufender Personal- und Sachaufwand. Der Bedarf folgt aus den fortlaufenden Steuerungs- und Genehmigungsaufgaben: Festlegung und jährliche Anpassung der Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte, Genehmigung der Vereinbarung der Selbstverwaltung nach § 394b Absatz 3 Satz 2 SGB V und der Geschäfts- und Verfahrensordnung, Mitwirkung im Digital Health Council, Steuerung des Förderträgers sowie Veranlassung der Evaluation. Hierfür sind zwei Vollzeitäquivalente erforderlich (eines des höheren und eines des gehobenen Dienstes). Die Kosten belaufen sich auf rund 374.000 Euro jährlich. Sie werden aus den Mitteln des Zukunftsfonds digitale Gesundheit getragen und sind damit bereits Teil des Fondsvolumens; ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für den Bundeshaushalt entsteht insoweit nicht.

Aufgrund der geplanten Nutzung der Telematik-Infrastruktur zur Datenübermittlung in der Qualitätssicherung, § 334 Absatz 3 Satz 1, können parallel gewachsene IT-Infrastrukturen beim G-BA und beim GKV-Spitzenverband teilweise abgeschafft werden. Derzeit ist keine verlässliche Einschätzung der dadurch realisierbaren Einsparungen möglich. Dies liegt daran, dass bisher unklar ist, was die Telematik leisten könnte und welche Strukturen der bisher verwendeten Verfahren verzichtbar würden.

4.4 Erfüllungsaufwand für Bund, Länder, Kommunen

Für den Datenaustausch zwischen Finanzämtern fallen schätzungsweise einmalige Einrichtungskosten in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro an, denen regelmäßige Einsparungen bei den Krankenkassen in Höhe von schätzungsweise 70 Millionen Euro jährlich gegenüberstehen.

Durch die Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes kann den Ländern und Kommunen ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Entwicklung und Durchführung der Ausbildung zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie für die Entwicklung und Durchführung der staatlichen Prüfung entstehen, soweit entsprechende Ausbildungen konzipiert und durchgeführt werden.

Die Regelung in § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 2 SGB V sieht vor, dass Datenmeldungen im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren der Leistungserbringer künftig nur an eine verfahrensübergreifend zentrale Stelle erfolgen soll (Einführung des One-Stop-Shop-Verfahrens). Derzeit gibt es ca. 51 Datenannahmestellen der Länder, die jeweils für unterschiedliche QS-Verfahren zuständig sind. Es wird angenommen, dass zwei Personen je Datenannahmestelle beschäftigt sind (vgl. LAG Bayern, unter: https://lag-by.de/lag-bayern/team/). Es wird darüber hinaus angenommen, dass 50% der Tätigkeit auf die Prüfung und Bearbeitung von Daten zur Qualitätssicherung entfallen. Daraus ergibt sich ein Personenjahr Erfüllungsaufwand je Datenannahmestelle, was 96.000 Minuten Zeitaufwand [= 2 Personen * 200 Arbeitstage * 8 Stunden * 60 Minuten / 2] entspricht. Dieser Aufwand entfällt bei den bisherigen Datenannahmestellen, da eine zentrale Stelle zur Datenannahme eingerichtet werden soll. Als Lohnsatz wird der Durchschnittslohn der Verwaltungsebene „Land" in Höhe von 46,70 Euro angesetzt (vgl. Leitfaden, Anhang 8). Entsprechend reduziert sich der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder um etwa 3.800.000 Euro [= 51 * (-96.000Minuten) * 46,70 Euro/60Minuten].

Gemäß § 299 Absatz 1b Satz 1 Nummer 2 soll eine zentrale Stelle auf Bundesebene für die Datenannahme geschaffen werden, wodurch jährlicher Erfüllungsaufwand bei dieser anfällt.

Bei den bisherigen 51 Datenannahmestellen wurde angenommen, dass zwei Personen pro Datenannahmestelle pro Jahr tätig sind, wovon die Hälfte der Tätigkeit auf Datenprüfungen und -verarbeitungen im Kontext der Qualitätssicherung entfallen. Daraus ergeben sich 51 Vollzeitäquivalente, die bei den Datenannahmestellen für die Bearbeitung von Daten zur Qualitätssicherung zuständig sind. Es wird frei angenommen, dass durch die Bündelung der Aufgaben bei einer zentralen Stelle zur Datenannahme etwa die Hälfte der bisher eingesetzten Personen benötigt werden. Somit ergeben sich in etwa 25 Vollzeitäquivalente, die ganzjährig mit der Aufgabe betraut sind. 25 Vollzeitäquivalente entsprechen einem jährlichen Zeitaufwand von 2.400.000 Minuten pro Jahr bei 200 Arbeitstagen á 8 Stunden pro Tag [=25 Personen *200 Arbeitstage *8 Stunden * 60 Minuten]. Als Lohnsatz wird der Durchschnittlohn der Verwaltungsebene „Bund“ in Höhe von 44,40 Euro/Stunde (vgl. Leitfaden, Anhang 8) angenommen.

Entsprechend fällt bei der Zentralen Stelle ein jährlicher Erfüllungsaufwand von etwa 1.800.000 Euro [= 1 * 2.400.000Minuten * 44,40/60Minuten] an.

Für die Verwaltung reduziert sich der jährliche Erfüllungsaufwand durch die Regelung zum Bürokratierückbau in der gesetzlichen Qualitätssicherung ab dem Jahr 2030 also um rund 2 Millionen Euro. Auf Bundesebene entsteht etwa 1,8 Millionen Euro zusätzlicher Erfüllungsaufwand, während sich der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder (inkl. Kommunen) um etwa 3,8 Millionen Euro reduziert. Auf Bundesebene könnte weiterer jährlicher Erfüllungsaufwand in derzeit nicht abschätzbarer Höhe entfallen.

Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt rund 950.000 Euro. Davon entfallen etwa 180.000 Euro auf den Bund und 770.000 Euro auf die Länder (inkl. Kommunen).

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

VIII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Lediglich für die Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang sieht § 64f Absatz 4 SGB V eine Befristung von drei Jahren vor.

Eine gesonderte Evaluierung des Vorhabens im Gesamten ist nicht erforderlich. Sofern erforderlich, beinhalten die gesetzlichen Regelungen Vorgaben zu Evaluierungen von einzelnen Regelungskomplexen (§§ 64f Absatz 4, 95 Absatz 3, 118 Absatz 3, 119b Absatz 3 SGB V).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bestimmt, dass Versicherungspflicht in der GKV besteht, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegen und die Vorversicherungszeit erfüllt ist. Die Vorversicherungszeit beginnt mit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und endet bisher mit der Stellung des Rentenantrags (sog. Rahmenfrist). Im Einzelfall kann jedoch das Problem auftreten, dass die Vorversicherungszeit am Tag der Rentenantragsstellung knapp unterschritten wird. Allerdings könnte sie mit Zeiten der Mitgliedschaft zwischen Rentenantragstellung und Rentenbeginn erfüllt werden. Da diese Zeiten jedoch durch die bisher eindeutige gesetzliche Regelung nicht bei der Vorversicherungszeit berücksichtigt werden, können die Betroffenen nicht in der meist beitragsgünstigeren Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner (KVdR) nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 pflichtversichert werden.

Bisher besteht in diesen Grenzfällen die Möglichkeit den Rentenantrag zurückzunehmen und zu einem späteren Zeitpunkt zu stellen. Allerdings gewährleistet ein frühzeitig gestellter Antrag eine ausreichende Bearbeitungszeit und schließlich die rechtzeitige Aufnahme der Rentenauszahlungen. Zudem sind Versicherte darauf angewiesen, bei Rentenantragstellung durch den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse entsprechend beraten zu werden. Nicht alle Versicherten nehmen diese Möglichkeit in Anspruch. Zugleich kann in Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden, dass ein individueller Sachverhalt in einer Beratung fehlerhaft beurteilt wird.

Um den Verwaltungsaufwand in diesen Grenzfällen zu minimieren, wird daher eine automatische Verlängerung der Rahmenfrist eingeführt. Dies soll Betroffene vor den finanziellen Folgen durch einen zu früh gestellten Rentenantrag schützen. Die Neuregelung wird daher auf die Fälle beschränkt, in denen das bisherige Ende der Rahmenfrist in § 5 Absatz 1 Nummer 11 (Tag der Rentenantragstellung) dazu führt, dass die Vorversicherungszeit nicht erfüllt ist. Dies soll das auf Verwaltungsseite etablierte Verfahren bei eindeutiger Erfüllung der Vorversicherungszeit beibehalten. Gleichzeitig wird jedoch die Möglichkeit geschaffen, in Grenzfällen zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung auf den vom Versicherten gewählten Rentenbeginn so abzustellen, dass der Zugang zur KVdR offensteht. Um den zusätzlichen Verwaltungsaufwand gering zu halten, wird das Verschieben des Rentenbeginns außerdem auf die Fälle beschränkt, in denen durch die Verlängerung der Rahmenfrist die Vorversicherungszeit noch erfüllt werden kann. Die beteiligten Träger der Sozialversicherung sind in diesem Zuge gehalten, darauf zu achten, dass ein angemessener zeitlicher Zusammenhang zwischen Tag der Rentenantragstellung und dem Rentenbeginn gewahrt bleibt.

Die Neuregelung gilt ausschließlich für beantragte Altersrenten, da nur bei diesen der Rentenbeginn mit einem entsprechenden Vorlauf flexibler gesetzt werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung in § 5 Absatz 8a Satz 2 dient der einheitlichen Auslegung des Terminus des „anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall“ im Rechtskreis des SGB V. Anlass für diese Klarstellung ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R. Auch im Rahmen der Fortsetzung einer Versicherung in der GKV als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 Satz 1 soll ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gelten. Der Begriff

ist insofern wie auch in § 5 Absatz 1 Nummer 13 anzuwenden, mit dem die grundlegende Abgrenzung für eine Zuordnung zur GKV vorgenommen wird. Der Gesetzgeber ging bereits bei der Normierung der subsidiären Auffangversicherungspflicht in § 5 Ab-satz 1 Nummer 13 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) davon aus, dass auch Ansprüche nach § 4 AsylbLG einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall darstellen (BT-Drs. 16/3100, Seite 94). Demnach ist § 5 Absatz 1 Nummer 13 bereits tatbestandlich („Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben“) nicht erfüllt, wenn Ansprüche nach § 4 AsylbLG bestehen.

Missverständlich ist insofern allerdings die Formulierung in § 5 Absatz 8a, der die Anwendung des § 5 Absatz 1 Nummer 13 u. a. ausschließt für „Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes“. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/3100, Seite 95) sollte dadurch allerdings nur erreicht werden, dass der Sozialhilfeträger insofern weiterhin für die Krankenbehandlung zuständig bleibt. Nicht beabsichtigt war mithin eine grundsätzliche Aussage zum Umfang des Anspruchs auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Die insofern bestehende unterscheidende Beurteilung des Begriffes wird durch die Regelung wie folgt geklärt: Die bereits bei den mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Änderungen des § 5 beabsichtigte Regelung, dass Ansprüche nach § 4 AsylbLG einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall darstellen und § 5 Absatz 1 Nummer 13 damit tatbestandlich ausschließen, wird in Absatz 8a Satz 2 ausdrücklich geregelt, indem dort nunmehr auch Ansprüche nach § 4 AsylbLG ausdrücklich genannt werden und somit die Anwendung des § 5 Absatz 1 Nummer 13 ausschließen.

Es wird ausdrücklich geregelt, dass bereits ein dem Grunde nach bestehender Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist. Dies hat der Gesetzgeber in § 5 Absatz 11 zum Ausdruck bringen wollen. Asylbewerber können dem Grunde nach anspruchsberechtigt sein, wenn sie über ausreichende Einnahmen beziehungsweise ausreichendes Vermögen verfügen.

Mit der nunmehr vorgenommenen Ergänzung des § 5 Absatz 8a Satz 2 wird in der Sache zugleich geregelt, dass auch im Rahmen des § 188 Absatz 4 Satz 3 ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bereits dann gegeben ist, wenn die zuvor pflicht- oder familienversicherte Person bereits dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG hat. Dies folgt aus dem bereits dargelegten Gebot der einheitlichen Auslegung dieses grundlegenden Begriffs im Rahmen des SGB V. Zudem folgt dies aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das festgestellt hat, dass die Voraussetzung des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 188 Absatz 4 Satz 3 nicht anders auszulegen ist als nach § 5 Absatz 8a Satz 4 in Verbindung mit § 5 Absatz 1 Nummer 13 (a. a. O., Randnummer 19).

Konsequenz der Ergänzung in § 5 Absatz 8a Satz 2 ist, dass die Regelung des § 188 Absatz 4 Satz 1 zur Begrün-dung einer obligatorischen Anschlussversicherung für Personen keine Anwendung findet, für die nach einem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 ein Anspruch nach § 4 AsylbLG bereits dem Grunde nach besteht. Sofern Krankenkassen Kenntnis von bestehenden Leistungsansprüchen ihrer Versicherten haben, ist eine freiwillige Versicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 gar nicht erst zu begründen. Sofern Krankenkassen erst später Kenntnis von entsprechenden Ansprüchen erlangen, kann die Mitgliedschaft grundsätzlich ohne Verbleib von Beitragsschulden vollständig rückabgewickelt werden.

Generell hat der Gesetzgeber die Einbeziehung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die GKV nicht vorgesehen, um die getrennte Lastenteilung zwischen der Solidargemeinschaft der GKV und der aus Steuermitteln zu finanzierenden Krankenversorgung für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG aufrechtzuerhalten (so u. a. BT-Drs. 16/3100,

Seite 95 und BT-Drs. 16/4247, Seite 29). Die für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 vorgesehene Subsidiarität gegenüber den anderen Absicherungen im Krankheitsfall, nach dem SGB XII oder dem AsylbLG soll konsequenterweise auch bei der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung des § 188 Absatz 4 durchgehend gelten, damit die Leistungsbehörden weiterhin für die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen des AsylbLG zuständig bleiben. Hierdurch werden zudem die Mitglieder der Solidargemeinschaft vor Beitragsausfällen geschützt und Beitragsschulden für die Betroffenen vermieden. Mit der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423) bezweckte der Gesetzgeber die Begrenzung von Beitragsschulden sowie die Sicherstellung einer durchgehenden gesundheitlichen Absicherung. Der auf Grundlage des Urteils des Bundessozialgerichts herbeigeführte Rechtszustand führt entgegen dieser Intention zu hohen Beitragsschulden bei den Betroffenen, da die Leistungsbehörden im Rahmen des AsylbLG Beiträge zur freiwilligen Versicherung nicht übernehmen. Dies kann zudem auch die spätere dauerhafte Integration der Betroffenen in den Arbeitsmarkt erschweren, da für nicht hilfebedürftige Personen mit Beitragsrückständen ein krankenversicherungsrechtliches Leistungsruhen nach § 16 Absatz 3a Satz 3 festgestellt wird. Für zwischenzeitlich aufgelaufene Beitragsschulden in Folge der durch das Urteil begründeten freiwilligen Mitgliedschaften steht den Krankenkassen jedoch im Rahmen ihres Ermessens das Instrument des Erlasses von Beiträgen zur Verfügung.

Zu Buchstabe c

Bei der Streichung von Absatz 11 Satz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatz 8a und um eine regelungssystematische Bereinigung. Absatz 11 Satz 3 kann entfallen, weil sein Regelungsgehalt mit diesem Gesetz vollständig in Absatz 8a Satz 2 integriert wird.

Zu Nummer 2

Diese Regelung dient der Förderung von Teilzeit- anstelle von Vollzeitarbeit (BT-Drs. 10/4741, S. 26) mit dem Ziel der Entlastung des Arbeitsmarktes. Bei einer Absenkung der Arbeitszeit auf maximal die Hälfte der Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten folgt in bestimmten Konstellationen ein Antragsrecht auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Diese Regelung ist in Zeiten von Fachkräftemangel kontraproduktiv und wird daher ersatzlos gestrichen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die unterschiedlichen Einkommensgrenzen als Voraussetzung für die Familienversicherung werden im Sinne der Entbürokratisierung harmonisiert. Zukünftig ist für alle Einkommensarten einheitlich ein Gesamteinkommen in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze im Sinne des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zulässig. Damit soll die Prüfung der Familienversicherung für die Krankenkassen erleichtert und für die Versicherten transparenter werden, da die Einkommensgrenze für die Familienversicherung zukünftig identisch ist mit der Geringfügigkeitsgrenze. Dementsprechend gilt für die Feststellung des Arbeitsentgelts als Teil des Gesamteinkommens das Bruttoprinzip.

Infolge der Änderung bedarf es keiner zusätzlichen Regelung mehr für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung nach Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Anpassung. Die bisherigen Halbsätze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 wurden in Absatz 2 Satz 2 bis 5 überführt (siehe Buchstabe d).

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr wurde bisher gefordert, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung und der Erfüllung des gesetzlichen Wehrdienstes oder eines Freiwilligendienstes besteht. Der Nachweis und die Prüfung dieser Kausalität sind jedoch mit hohem Aufwand verbunden. Die Neuregelung sieht vor, dass diese Prüfung entfällt. Künftig führt die Erfüllung des gesetzlichen Wehrdienstes vor Vollendung des 25. Lebensjahres generell dazu, dass die Familienversicherung für einen entsprechenden Zeitraum nach Vollendung des 25. Lebensjahres fortbesteht. Bei Ausübung von Freiwilligendiensten besteht nun ebenfalls ohne Prüfung der Kausalität eine Verlängerungsmöglichkeit bis zu einem Jahr. Dies trägt zur Vereinfachung und Entbürokratisierung im Sinne der Mitglieder und der Krankenkassen bei.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 64f SGB V, da in den dort vorgesehenen Modellvorhaben Leistungen der Physiotherapie, bei denen es sich um die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie handelt, erprobt werden.

Zu Nummer 5

Die Folgeänderung erweitert die bestehenden Verordnungskompetenzen von Pflegefachpersonen auf Medizinprodukte nach § 33b.

Da diese Produkte unmittelbar der Durchführung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c dienen, ist ihre Einbeziehung in die bestehenden Verordnungskompetenzen sachgerecht. Die Regelung gewährleistet die Kohärenz mit der Erweiterung des Katalogs nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten ohne zusätzliche Verordnungsschritte. Sie trägt damit zugleich zur Stärkung der ambulanten Versorgung und zur Entlastung der vertragsärztlichen Versorgung bei.

Zu Nummer 6

In die Arbeitgeberpflicht zur Erstattung der Krankheitskosten bei entsandten Mitgliedern wird der Personenkreis der pflichtversicherten Halbwaisen aufgenommen, um eine Gleichstellung mit familienversicherten Familienangehörigen herzustellen, die das entsandte Mitglied begleiten. Halbwaisen, die eine Hinterbliebenenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer berufsständischen Versorgung erhalten, sind nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig. Gleichzeitig besteht nach § 237 jedoch für die genannten Halbwaisenrente Beitragsfreiheit. Damit soll eine Familienversicherung, die über den verstorbenen Elternteil begründet wurde, beitragsfrei ersetzt werden. Halbwaisen die den Elternteil ins Ausland begleiten, gehören aufgrund des eigenständigen Versicherungsschut-

zes jedoch bisher nicht zu dem Personenkreis nach § 17 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Daher wurden Kosten im Krankheitsfall bisher nicht erstattet.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

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.

Zu Buchstabe b

§ 20i Absatz 3 Satz 1 enthielt bislang die 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. Diese wird nunmehr in den § 23 Absatz 1a (neu) überführt, sodass Absatz 3 Satz 1 anzupassen ist.

Zu Buchstabe c

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 8

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 9

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift ist im Rahmen der rechtlichen Klarstellung erforderlich.

Zu Buchstabe b

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 Arz-

neimitteln zur präventiven Anwendung zum Schutz vor Erkrankungen im Sinne einer spezifischen Prophylaxe durch eine gesetzliche Klarstellung auszuräumen.

Der G-BA wird damit beauftragt, die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistungen in Richtlinien nach § 92 – erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] – 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 GKV 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 die Pflicht zur besonderen Begründung bei von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission abweichender Beschlussfassung des G-BA und eine zweimonatige Frist zur Beschlussfassung nach Veröffentlichung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Bei nicht fristgemäßer Entscheidung des G-BA dürfen die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erbracht werden, bis die Richtlinienentscheidung vorliegt. Bis zum erstmaligen 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 Möglichkeit für Krankenkassen, ihre Versicherten über andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, auf die sie einen Anspruch haben, zu informieren, in den § 23 Absatz 1a (neu).

Zu Nummer 10

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Zu Satz 1

Mit der Ergänzung des Absatzes 1 wird der Anwendungsbereich des Hilfsmittelanspruchs gesetzlich konkretisiert. Hilfsmittel im Sinne dieser Vorschrift sind Produkte, die ihrer Zweckbestimmung nach für die Anwendung durch Versicherte selbst oder andere medizinische Laien vorgesehen sind.

Die Regelung dient der systematischen Abgrenzung zu den in § 33b geregelten Medizinprodukten, die nur zur Anwendung durch fachlich qualifiziertes Personal im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege angewendet werden dürfen.

Zu Satz 5

Im Hilfsmittelbereich erfolgt die Auswahl des konkreten Leistungsgegenstandes regelmäßig, anders als in anderen Leistungsbereichen, nicht durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt, sondern durch die Leistungserbringer gemeinsam mit den Versicherten. So wird sichergestellt, dass die Versicherten das für ihre konkrete und individuelle Bedarfssituation passende Hilfsmittel erhalten. Daher ist die Beratung der Versicherten zur Auswahl der für die konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und der damit verbundenen zusätzlich zur Bereitstellung erforderlichen Dienstleistungen im Hilfsmittelbereich von besonderer Bedeutung, um den Versicherten eine aufgeklärte, mündige Entscheidung über ihre Hilfsmittelversorgung zu ermöglichen. Das gilt auch, wenn sie sich für eine Versorgung entscheiden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht und die dadurch entstehenden Mehrkosten von ihnen zu tragen sind.

Durch die Ergänzung in § 33 Absatz 1 Satz 5 wird geregelt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auch eine Beratung zur Auswahl der für die konkreten Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und der damit verbundenen zusätzlich erforderlichen Dienstleistungen umfasst.

Die Beratung der Versicherten hat nicht allein aufgrund der vertraglichen Regelungen in den Verträgen nach § 127 Absatz 4 zu erfolgen, sondern ist bereits integraler Bestandteil des Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung.

Dadurch wird der besonderen Bedeutung der Beratung der Versicherten im Hilfsmittelbereich Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Der Inhalt des § 33 Absatz 4 wird in Absatz 2 überführt, in welchem der Anspruch auf Sehhilfen geregelt ist. Somit werden zwecks einer besseren Übersichtlichkeit alle den Anspruch auf Sehhilfen betreffenden Regelungen in einem Absatz zusammengeführt.

Zu Buchstabe c

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umfasst der Anspruch auf Hilfsmittel grundsätzlich alles, was erforderlich ist, um den Versicherten den bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Hilfsmittels zu ermöglichen. Soweit zum Betrieb eines Gerätes, das als Hilfsmittel geleistet wird, auch eine Energieversorgung gehört, ist diese ebenfalls von den Krankenkassen zu übernehmen. Der neue § 33 Absatz 4 stellt die Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme der mit dem Betrieb elektrischer Hilfsmittel verbundenen Energiekosten unabhängig vom Grad des Energieverbrauchs klar und beauftragt den GKV-Spitzenverband mit der Erstellung einheitlicher Grundsätze insbesondere zur Ermittlung der Energiekosten und zum Bemessungszeitraum. So wird im Sinne einer Gleichbehandlung und Transparenz eine bundesweit einheitliche Anwendung und Umsetzung des Anspruchs auf zum Betrieb eines Hilfsmittels notwendige Energiekosten sichergestellt und zugleich durch die Vereinheitlichung des Verfahrens individueller Aufwand bei den einzelnen Krankenkassen vermieden sowie Rechtssicherheit und -klarheit hergestellt. Zur Vereinfachung des Prozesses und der besseren praktischen Umsetzbarkeit können auch Energiepauschalen vorgesehen werden. Der GKV-Spitzenverband hat bei der Erstellung der Richtlinien die Belange der Versicherten und deren Schutz vor finanzieller Überforderung besonders zu beachten.

Zu Buchstabe d

Versicherte haben gemäß § 33 Absatz 1 einen Anspruch auf eine aufzahlungsfreie Versorgung mit Hörhilfen. Dennoch zeigen die jährlichen Mehrkostenberichte des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302, dass in diesem Versorgungsbereich von den Versicherten im Ver-

gleich zu anderen Produktgruppen häufig überdurchschnittlich hohe Aufzahlungen entrichtet werden. Damit die Krankenkassen rechtzeitig von einer vorgesehenen Versorgung erfahren und den Informationspflichten gegenüber ihren Versicherten nachkommen können, sind beantragte Versorgungen mit Hörhilfen künftig grundsätzlich von den Krankenkassen zu genehmigen.

Zu Buchstabe e

Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vom 25. Februar 2025 wurde eine Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung von Kindern und Erwachsenen, die aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Krankheit oder Behinderung einen besonderen Hilfsmittelbedarf haben, angestrebt. Die Erforderlichkeit beantragter Hilfsmittelversorgungen sollte unter bestimmten Voraussetzungen vermutet werden, sodass die Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens in diesen Fällen nur noch sehr eingeschränkte Prüfkompetenzen haben. Insbesondere die Geeignetheit und die medizinische Notwendigkeit der beantragten Versorgung sowie die Frage nach wirtschaftlichen Alternativen oder der Erprobung von Alternativhilfsmitteln in ausreichender Zahl sollte nach dem Willen des Gesetzgebers von den Krankenkassen nicht näher betrachtet werden. Eine nähere Prüfung soll nur stattfinden dürfen, wenn die Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt. Es muss also auf den ersten Blick auffallen können, dass Unstimmigkeiten bestehen, ohne zusätzliche Informationen, die über den Empfehlungsinhalt hinausgehen, einholen zu müssen, etwa wenn Doppelversorgungen empfohlen worden sind.

Hinsichtlich der Umsetzung dieser Regelung bestehen bei Leistungserbringern, Verordnenden, Krankenkassen und Versicherten Unsicherheiten und Unstimmigkeiten, die mit der vorliegenden Ergänzung beseitigt werden sollen. So wird klargestellt, dass es einer gesonderten ärztlichen Verordnung bei Vorliegen einer entsprechenden Empfehlung aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) nicht bedarf. Die Übermittlung der Empfehlung soll kongruent zur Verordnung über die Dienste der Telematikinfrastruktur erfolgen, sobald die entsprechenden Dienste verpflichtend zur Verfügung stehen. Darüber hinaus wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, das Nähere zum Verfahren sowie zu Form und Inhalt der Empfehlung in Richtlinien festzulegen. Dadurch wird der Umgang mit den Empfehlungen vereinheitlicht, deren maschinelle Verwertbarkeit sichergestellt und der notwendige Inhalt für eine effiziente Bearbeitung durch die Krankenkassen verbindlich definiert. Die Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu Buchstabe f

Bisher waren die Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich Inhaber der Zuzahlungsforderung und mit dem Aufwand und wirtschaftlichen Risiko der Beibringung trotz Zahlungsunwilligkeit beziehungsweise -unfähigkeit der Versicherten belastet.

Mit der vorgesehenen Streichung gilt § 43c Absatz 1 uneingeschränkt auch für den Hilfsmittelbereich, sodass die jeweilige Krankenkasse Forderungsinhaber wird. Das Insolvenzrisiko der Versicherten sowie die Pflicht zur Einziehung der Zuzahlungsforderung bei Nichtzahlung trotz schriftlicher Aufforderung des Leistungserbringers geht auf die Krankenkassen über.

Damit wird eine Gleichstellung der Hilfsmittelleistungserbringer mit anderen Leistungserbringern ambulanter Leistungen erreicht und diese von bürokratischen Mehraufwänden im Zusammenhang mit der gesetzlichen Zuzahlung entlastet.

Zu Nummer 12

Zu § 33b (Besondere Medizinprodukte)

Zu Absatz 1

Es gibt zahlreiche Medizinprodukte, die für die Durchführung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 und die außerklinische Intensivpflege nach § 37c erforderlich sind. Neben Hilfsmitteln im Sinne des § 33, Verbandmitteln im Sinne des § 31 oder auch Pflegehilfsmitteln nach § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden aber im Einzelfall zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 auch Medizinprodukte benötigt, die keinem der in diesem oder dem Elften Buch genannten Leistungsbereiche zuzuordnen sind. Hierbei handelt es sich vor allem um solche Produkte, die bereits ihrer Zweckbestimmung nach ausschließlich von Fachpersonal anzuwenden sind und daher keine Hilfsmitteleigenschaft besitzen, wie beispielsweise ableitende Inkontinenzsysteme, wie Ballon- und Instillationskatheter. Eine Aufnahme entsprechender Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis wird mangels Hilfsmitteleigenschaft vom GKV-Spitzenverband abgelehnt und in der Vergangenheit falsch gelistete Produkte sind bereits gestrichen oder deren Streichung beabsichtigt. Ohne die entsprechenden Produkte kann die häusliche Krankenpflege jedoch nicht in vollem Umfang erbracht werden, auch wenn sie medizinisch notwendig ist.

Um die durch die Streichung entsprechender Produkte aus dem Hilfsmittelverzeichnis und die konsequente Anwendung des Hilfsmittelbegriffs entstehende Lücke zu schließen, wird ein eigenständiger Leistungsanspruch für Medizinprodukte, die bereits ihrer Zweckbestimmung nach nicht von Versicherten selbst oder sonstigen medizinischen Laien angewendet werden dürfen und zur Durchführung bestimmter Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege erforderlich sind, geschaffen.

Erfasst werden insbesondere Medizinprodukte, die typischerweise im Rahmen professioneller Behandlungspflege oder außerklinischer Intensivpflege eingesetzt werden. Hierzu können beispielsweise bestimmte Blasen- und Urindauerkatheter oder vergleichbare Medizinprodukte gehören, deren Anwendung fachliche Kenntnisse voraussetzt und die deshalb nicht zur eigenständigen Anwendung durch Versicherte oder sonstige medizinische Laien bestimmt sind.

Der Anspruch wird auf Medizinprodukte beschränkt, die zur Durchführung von in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 aufgeführten Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c erforderlich sind. Hierdurch wird sichergestellt, dass der neue Leistungstatbestand auf klar definierte Versorgungssituationen begrenzt bleibt. Eine Ausweitung der Leistungen der GKV ist mit der Regelung nicht verbunden.

Die Beschränkung auf Produkte, die ihrer Zweckbestimmung nach nicht von Versicherten oder sonstigen medizinischen Laien angewendet werden dürfen, gewährleistet die systematische Trennung zwischen den Anwendungsbereichen der §§ 33 und 33b. Produkte, die grundsätzlich zur Eigenanwendung bestimmt sind, verbleiben auch dann im Anwendungsbereich des § 33, wenn Versicherte aufgrund individueller Einschränkungen auf Unterstützung angewiesen sind.

Der Anspruch umfasst auch die zur Anwendung der Produkte erforderlichen Zubehörteile.

Die Beschränkung auf Produkte, die im Verzeichnis nach Absatz 2 aufgeführt sind, gewährleistet eine transparente und bundeseinheitliche Zuordnung der Medizinprodukte, auf die ein Anspruch besteht.

Nicht erfasst werden Medizinprodukte, deren Bereitstellung bereits Bestandteil anderer Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ist. Hierdurch wird insbesondere ausge-

schlossen, dass Medizinprodukte, die bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, des Sprechstundenbedarfs, der Krankenhausbehandlung oder sonstiger bestehender Vergütungs- und Versorgungsstrukturen finanziert werden, zusätzlich über § 33b beansprucht werden können.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird zur Führung eines systematisch strukturierten Verzeichnisses der nach Absatz 1 erforderlichen Medizinprodukte verpflichtet.

Das Verzeichnis dient der transparenten und bundeseinheitlichen Abbildung der von § 33b erfassten Produkte und schafft Rechtssicherheit für Versicherte, Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen.

Hersteller erhalten einen Anspruch auf Aufnahme ihrer Produkte in das Verzeichnis, sofern die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind. Hierdurch wird sichergestellt, dass neue Produkte dem Versorgungssystem zugänglich bleiben und die Weiterentwicklung der Versorgung durch entsprechende Aufnahmemöglichkeiten sichergestellt ist.

Die Regelung beschränkt sich auf die Abbildung der anspruchsberechtigten Medizinprodukte und deren systematische Zuordnung innerhalb des neuen Leistungsbereichs. Eine dem Hilfsmittelverzeichnis vergleichbare Ausgestaltung ist nicht erforderlich. Anders als bei Hilfsmitteln nach § 33 richtet sich die Versorgung mit Produkten nach § 33b nicht an Versicherte oder sonstige medizinische Laien, sondern an fachlich qualifiziertes Personal im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege. Die von § 33b erfassten Produkte unterliegen bereits den Anforderungen des europäischen Medizinprodukterechts und dürfen nur unter den dort festgelegten Voraussetzungen in Verkehr gebracht werden. Zudem erfolgt ihre Anwendung ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte. Die für das Hilfsmittelverzeichnis charakteristischen Regelungen zur Sicherstellung der Gebrauchstauglichkeit, Sicherheit und Anwendbarkeit durch Versicherte selbst oder sonstige medizinische Laien sind daher für den Anwendungsbereich des § 33b nicht in gleicher Weise erforderlich.

Das Verzeichnis dient daher vorrangig Ordnungs-, Transparenz- und Abgrenzungsfunktionen.

Zu Absatz 3

Hiernach sind die §§ 34, 126, 127 und 302 entsprechend anwendbar.

Die entsprechende Anwendung des § 34 gewährleistet, dass die dort geregelten Leistungsausschlüsse auch für Medizinprodukte nach § 33b gelten.

Durch die entsprechende Anwendung der §§ 126 und 127 werden die bereits bestehenden Versorgungs- und Vertragsstrukturen für die Versorgung mit Medizinprodukten nach § 33b nutzbar gemacht. Hierdurch kann auf die im Bereich der Hilfsmittelversorgung etablierten Strukturen zurückgegriffen werden.

Die entsprechende Anwendung dient ausschließlich der Nutzung bestehender Versorgungs-, Vertrags- und Abrechnungsstrukturen. Medizinprodukte nach § 33b werden hierdurch nicht zu Hilfsmitteln im Sinne des § 33.

Die entsprechende Anwendung des § 302 ermöglicht die Nutzung etablierter Abrechnungsverfahren und trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

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. Die Pflicht zur Dossiereinreichung wird entsprechend auch für den Fall bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Rechtsverordnung nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 7 die Erstattungsfähigkeit der Anwendung eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe bestimmt.

Zu Buchstabe b

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 oder das Inkrafttreten einer Rechtsverordnung nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 7 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 oder einer entsprechenden Rechtsverordnung des BMG und trägt damit zur Erhöhung der Verfahrenseffizienz bei.

Zu Nummer 14

Mit der Umsetzung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-G) können qualifizierte Pflegefachpersonen zukünftig Folgeverordnung im Rahmen der HKP ausstellen (vgl. § 73d Absatz 1 Nummer 2). Auch sind im Rahmen weiterer Reformbemühungen Kompetenzerweiterungen beispielsweise für Erstverordnungen geplant. Vor diesem Hintergrund erscheint die in § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Evaluation des restriktiv ausgestalteten Blankoverordnungsverfahrens nach Absatz 8 im Lichte des Gebots des Bürokratierückbaus entbehrlich. Eine Evaluation würde zudem auch mangels einer validen, repräsentativen Datenbasis keine belastbaren Ergebnisse liefern können. Hintergrund ist, dass die Rahmenempfehlungen zu den Anforderungen an Pflegefachkräfte für die Blankoverordnung bisher in der Praxis keine hinreichende Umsetzung erfahren hat. Angesichts der erweiterten Kompetenzen durch das BEEP-G und die geplanten weiteren Verordnungskompetenzen ist voraussichtlich auch in naher Zukunft nicht mit einer breiten vertraglichen Umsetzung der Blankoverordnung nach Absatz 8 zu rechnen.

Zu Nummer 15

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 16

Die in § 39a Absatz 1 Satz 11 enthaltene Ausgestaltung, dass in den (Versorgungs-) Verträgen nach Satz 1 selbst zu regeln ist, dass im Falle einer Nichteinigung eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt, bleibt unter

Ergänzung um die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a erhalten. Ausführungen zum Verfahren im Falle der Nichteinigung der Vertragspartner auf eine Schiedsperson sowie zur Verteilung der Kosten des Schiedsverfahrens in den § 39a Absatz 1 Sätzen 12 bis 13 werden durch den neuen § 71a entbehrlich. Durch Satz 12 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 17

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 18

Versicherte im Alter vom 18. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sollen ebenfalls in einem SPZ versorgt werden können. Grundsätzlich soll mit dem Eintritt der Volljährigkeit die Transition in die Erwachsenenmedizin vollzogen werden und bei Bedarf eine ergänzende Weiterversorgung beispielsweise in einem Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) erfolgen. Ein nahtloser Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsformen ist für alle Patientinnen und Patienten wichtig, um Informationsverluste und Brüche in der medizinischen Behandlung zu vermeiden. Der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin ist gerade für Betroffene mit chronischen oder seltenen Erkrankungen häufig komplex. In der Gruppe der 18 bis 21-Jährigen geht der Versorgerwechsel besonders oft mit der Änderung allgemeiner Lebensumstände wie der Beendigung der Schullaufbahn oder einem Ortswechsel einher. Die Erweiterung der Altersgrenze auf 21 Jahre soll dazu beitragen, den Versorgerwechsel mit anstehenden Änderungen der Lebensumstände zeitlich abzustimmen und unnötige Wechsel zu vermeiden. Gleichzeitig ist eine dauerhafte Weiterbehandlung Erwachsener in der Kinder- und Jugendmedizin nicht regelhaft anzustreben, insbesondere auch um der persönlichen Entwicklung der Betroffenen Rechnung zu tragen.

Es soll aber die Möglichkeit einer zeitlich beschränkten Weiterbehandlung im SPZ bestehen, um individuellen Versorgungserfordernissen begegnen zu können und in jedem Einzelfall eine optimal, den individuellen Lebensumständen angepasste Versorgung erreichen zu können.

Zu Nummer 19

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung von § 45 Absatz 2 Satz 5, die aufgrund erfolgter Rechtsänderungen im Zuge des SGB VI-Anpassungsgesetzes (SGB VI-AnpassungsG) erforderlich geworden ist.

Das SGB VI-AnpassungsG sieht im Zuge des bundesweiten Aufbaus eines Betriebsstättenverzeichnisses die Streichung des § 47 Absatz 4 Satz 1 zum 1. Januar 2027 vor. Insofern ist der in § 45 Absatz 2 Satz 5 enthaltene Verweis auf § 47 Absatz 4 Satz 3 bis 5 entsprechend in § 47 Absatz 4 Satz 2 bis 4 anzupassen.

Zu Nummer 20

Versicherte, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und sich in der GKV freiwillig versichert haben, können gegenüber ihrer Krankenkasse erklären, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2; sog. Optionskrankengeld). Für diese Mitglieder entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an (siehe bisher § 46 Satz 4). Darüber hinaus können sich die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten sowie die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten zur Absicherung des Zeitraums bis zur siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit für einen Wahltarif nach § 53 Absatz 6 entscheiden.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 28.03.2019 - B 3 KR 15/17 R für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die in der GKV freiwillig versichert sind und das sog. Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben, entschieden, dass es nicht einer „ununterbrochenen“ Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen bedarf, wenn die einzelnen Arbeitsunfähigkeitszeiten auf derselben Krankheit beruhen.

Im Widerspruch zu dem Urteil des BSG steht die Praxis der gesetzlichen Krankenkassen, die den Anspruch auf das sog. Optionskrankengeld erst nach einer ununterbrochenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen erfüllen (siehe auch Gemeinsames Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene zum Krankengeld nach § 44 und zum Verletztengeld nach § 45 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)). Danach sei erst nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Wochen, welche auch bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit jeweils erneut zu berücksichtigen sei, die Geltendmachung des Anspruchs auf Krankengeld möglich. Eine Anrechnung vorausgegangener Arbeitsunfähigkeitszeiten ist danach auch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung nicht vorgesehen.

Die Neuregelung vollzieht nun die Entscheidung des BSG gesetzlich nach, auch mit Wirkung für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten.

Die Streichung von § 46 Satz 4 und Satz 5 bewirkt, dass auch für Versicherte, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben oder einen Wahltarif nach § 53 Absatz 6 abgeschlossen haben sowie für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten der Anspruch auf Krankengeld ab den in § 46 Satz 1 genannten Zeitpunkten entsteht.

Zu Nummer 21

Zu Buchstabe a

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten und die Versicherten, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgegeben haben, ruht der Anspruch grundsätzlich für die Dauer der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit. Bestand bereits eine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb der letzten sechs Monate, ausgehend von der erneuten Arbeitsunfähigkeit, verkürzt sich der Ruhenszeitraum um die Zeit der vorherigen Arbeitsunfähigkeit. Die rückwärts verlaufende Sechs-Monats-Frist beginnt dabei mit dem Tag vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit. Eine Verkürzung des Ruhenszeitraums ist ausgeschlossen, wenn seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

In Fällen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist damit klargestellt, dass es für die Geltendmachung des Krankengeldanspruchs keiner ununterbrochenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen bedarf. In Anlehnung an § 3 Absatz 1 Satz 2 des Entgeltfortzahlungsgesetzes sind Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen derselben Krankheit auf den Ruhenszeitraum anzurechnen, wenn innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit erneut eine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit eintritt. Bei wiederholt mit Unterbrechungen bestandenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen derselben Krankheit kommt bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ein neuer sechswöchiger Ruhenszeitraum zum Tragen, wenn seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

Zu Buchstabe b

Die Regelung übernimmt den bisherigen Regelungsgehalt aus § 46 Satz 5 für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten und überträgt diesen in die neue Systematik.

Zu Nummer 22

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 19 Buchstabe a).

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Entbürokratisierung. Krankenkassen müssen versicherungsmathematische Gutachten, die über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen, Auskunft geben, den Aufsichtsbehörden alle drei Jahre vorlegen. Mit der Verlängerung der Frist von drei auf fünf Jahre zur Vorlage von versicherungsmathematischen Gutachten werden sowohl die Krankenkassen als auch die Aufsichtsbehörden bei der Prüfung dieser Gutachten entlastet. Darüber hinaus wird in Satz 2 der zweite Halbsatz gestrichen, da sich die Regelung durch Zeitablauf erledigt hat und nicht mehr benötigt wird.

Zu Nummer 23

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Nummer 24

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird das bisher eingeräumte Ermessen der Krankenkassen, auf den jährlichen Nachweis der anhaltenden Behandlung der chronischen Erkrankung zu verzichten, in eine verpflichtende Regelung überführt. Dadurch sind die Krankenkassen verpflichtet, auf den jährlichen Nachweis für drei Jahre zu verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Nach dem Ablauf von drei Jahren liegt es im Ermessen der Krankenkasse einen erneuten Nachweis der anhaltenden Behandlung wegen chronischer Erkrankung jeweils mit Abstand von drei Jahren erneut zu verlangen.

Liegen bereits die erforderlichen medizinischen Feststellungen vor und bestehen im Einzelfall keine Anhaltspunkte dafür, dass die chronische Erkrankung entfallen ist, erscheint es aus Gründen des Bürokratierückbaus und der Verwaltungsvereinfachung nicht zweckmäßig, jährlich erneut Nachweise anzufordern oder entsprechende Prüfungen zu veranlassen. Die verpflichtende Ausgestaltung verhindert eine uneinheitliche Verwaltungspraxis und stellt so sicher, dass Versicherte in vergleichbaren Sachverhalten bundesweit gleich behandelt werden.

Zugleich werden Versicherte, die wegen dauerhaft bestehenden chronischen Erkrankungen in Dauerbehandlung sind, von unnötigen Nachweis- und Mitwirkungspflichten entlastet. Auch für die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst werden vermeidbare Verwaltungs- und Prüfaufwände reduziert. Bestehen Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung, bleibt die Pflicht zur Vorlage eines Nachweises sowie gegebenenfalls zur Prüfung durch den Medizinischen Dienst unberührt. Somit wird weiterhin gewährleistet, dass Zweifelsfälle weiterhin einer Nachweispflicht unterliegen.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen werden durch den neuen Absatz 4 verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise allgemein über die Belastungsgrenze und die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung zu informieren. Diese Information kann z. B. über Versicherteninformationen, im Rahmen der Kundenkommunikation oder des Krankengeldfallmanagements oder als Hinweis über die elektronische Patientenakte (Versicherten-App) erfolgen. Durch diese Verpflichtung soll vermieden werden, dass Versicherte aus Unkenntnis von einer ihnen zustehenden Zuzahlungsbefreiung keinen Gebrauch machen. In Fällen, in denen bereits eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten die Unterlagen für die Beantragung einer erneuten Befreiung zu Beginn eines neuen Kalenderjahres zu übersenden. Um Verwaltungsaufwand zu verringern, erhalten diejenigen Versicherten, die automatisch befreit waren, die Unterlagen erst zu dem Zeitpunkt, zu dem ein neuer Antrag fällig wird.

Durch den neuen Absatz 5 werden die Krankenkassen und die Versicherten entlastet, indem Versicherte, die in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren von den Zuzahlungen nach Absatz 1 befreit waren, für ein weiteres Kalenderjahres ohne Vorlage weiterer Nachweise nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Es ist regelmäßig davon auszugehen, dass Versicherte, die bereits zwei Jahre hintereinander von der Zuzahlung im Sinne das Absatz 1 befreit waren, auch weiterhin eine Zuzahlungsbefreiung erlangen würden, sodass zur Entbürokratisierung eine Prüfung durch die Krankenkasse während des einjährigen Befreiungszeitraums nach Satz 1 entbehrlich ist. Nach Ablauf des einjährigen Befreiungszeitraums nach Satz 1 gilt die Befreiung nicht erneut und die Versicherten müssen einen neuen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung unter Vorlage der entsprechenden Nachweise stellen. Nach dieser einmaligen Zuzahlungsbefreiung auf Antrag des Versicherten gilt Satz 1 jedoch unmittelbar erneut. Satz 4 stellt klar, dass Versicherte auf Antrag einen Anspruch auf eine erneute Ermittlung der Höhe der Belastungsgrenze nach Absatz 2 haben. Dies soll verhindern, dass die Versicherten Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des Vorjahres leisten müssen, obwohl sich ihre Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wesentlich reduzieren haben.

Zu Nummer 25

Die bisher in § 63 Absatz 5 Satz 2 normierte Pflicht zur Vorlage der Verträge nach § 64 Absatz 1 gegenüber den für die Vertragsparteien entsprechend zuständigen Aufsichtsbehörden kann entfallen, da die Aufsichtsbehörden diese Informationen nicht regelhaft benötigen und diese bei Bedarf nach § 88 Absatz 2 SGB IV anfordern können.

Zu Nummer 26

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen der Neuorganisation des Schiedswesens im SGB V und zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 27

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 28

Zu Buchstabe a

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b bestehen seit 2013. Sie sind auf die sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung aus-

gerichtet, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben nach § 64b 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 ohne zeitliche Befristung weitergeführt werden. Dabei bleibt die Möglichkeit bestehen, weitere Modellvorhaben nach § 64b und die damit verbundenen sogenannten Regional- bzw. Globalbudgets zu vereinbaren.

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Streichung des Absatzes 2.

Zu Nummer 29

Zu § 64f (Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang)

Zu Absatz 1

§ 64f Absatz 1 eröffnet Krankenkassen und deren Verbänden die Möglichkeit, Vereinbarungen zur Versorgung im Direktzugang zu schließen. Zur Teilnahme berechtigt sind nach Satz 2 Personen mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, Krankengymnastin oder Krankengymnast, die nach § 124 Absatz 1 zur Versorgung zugelassen oder bei einem nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassenen Leistungserbringer tätig sind. Erforderlich ist zudem der Nachweis von mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in einer Tätigkeit als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut beziehungsweise Krankengymnastin oder Krankengymnast. Des Weiteren muss eine Ausbildung nach § 9a Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) erfolgreich abschlossen worden sein. Durch die erforderliche fünfjährige Berufserfahrung im Rahmen einer Tätigkeit als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut beziehungsweise Krankengymnastin oder Krankengymnast sollen ausreichende und vertiefte Kenntnisse in der physiotherapeutischen Behandlung sichergestellt werden. Sie dient der Stärkung der Patientensicherheit, da nur Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Direktzugang tätig werden, die mit den Berufsjahren eine zusätzliche berufliche Erfahrung und Expertise insbesondere in der Patientenanamnese und Befundung gewonnen haben.

Zu Absatz 2

§ 64f Absatz 2 konkretisiert den Inhalt der Modellvorhaben nach Absatz 1. Kern des Modellvorhabens ist die Erprobung des Direktzugangs als neue Form der Leistungserbringung in der Physiotherapie. Beim Direktzugang handelt sich um die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten führen im Direktzugang eigenverantwortlich die Patientenanamnese sowie die physiotherapeutische Diagnostik im Hinblick auf die physiotherapeutische Behandlung durch und entscheiden auf dieser Grundlage eigenverantwortlich darüber, ob die Patientin oder der Patient einer physiotherapeuti-

schen Behandlung und – falls ja – welcher Art, Dauer und Frequenz bedarf. Auf dieser Grundlage konkretisieren sie eigenverantwortlich den weiteren physiotherapeutischen Behandlungsprozess. Die Erstellung eines Therapieplans gehört daher zu ihrer Tätigkeit.

Die physiotherapeutische Diagnostik stellt auf eine drohende oder bestehende krankhafte Beeinträchtigung der Bewegungs- oder Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns ab und umfasst die Identifizierung von Bewegungs- oder Funktionsstörungen und der daraus resultierenden Aktivitätseinschränkungen, die eine physiotherapeutische Behandlung erforderlich machen. Eine vorherige Konsultation und Diagnostik durch eine Ärztin oder Arzt beziehungsweise Zahnärztin oder Zahnarzt ist nicht erforderlich. Allerdings wird eine ärztliche oder zahnärztliche Differentialdiagnose nicht ersetzt. Daher gilt es, die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Diagnose- und Behandlungsfähigkeiten zu kennen und zu beachten, um Gefahren für Patientinnen und Patienten auszuschließen. Zur physiotherapeutischen Diagnostik gehört daher insbesondere auch das Erkennen von absoluten und relativen Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung.

Sofern die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut beziehungsweise die Krankengymnastin oder der Krankengymnast im Verlauf der Patientenanamnese und physiotherapeutischen Diagnostik der versicherten Person auf Hinweise für eine Erkrankung stößt, die eine ärztliche oder zahnärztliche Expertise erfordern, hat sie beziehungsweise er die versicherte Person zwingend und unverzüglich an eine Ärztin oder einen Arzt beziehungsweise eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt zu verweisen.

Von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien des G-BA kann abgewichen werden.

Zu Absatz 3

§ 64f Absatz 3 regelt zwingende Inhalte der Vereinbarungen nach Absatz 1.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 sind Vorgaben zur Patientensicherheit und Qualitätssicherung zu vereinbaren. Dies umfasst insbesondere eine Festlegung von Behandlungseinheiten nach denen eine Vorstellung bei einer Ärztin oder einem Arzt beziehungsweise einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt zwingend erforderlich sind. Bei der Festlegung der Anzahl an maximalen Behandlungseinheiten sollten sowohl die Zielsetzung des Direktzugangs (Stärkung der Handlungskompetenz von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder von Krankengymnastinnen und Krankengymnasten und eine ressourcenoptimierte Verteilung von Arzt-Patienten-Kontakten) als auch eine realistische Erreichbarkeit des Behandlungserfolgs berücksichtigt werden.

Zu Nummer 2

Im Rahmen der neuen Versorgungsform Direktzugang wird außerdem die Verantwortung für die Versorgung der versicherten Personen und die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung auf die am Modellvorhaben teilnehmenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Krankengymnastinnen und Krankengymnasten übertragen. Nach Nummer 2 sind daher im Modellvorhaben die abrechnungs- und versorgungsrelevanten sowie wirtschaftlichen Konsequenzen, die sich im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung aus dieser neuen Versorgungsform ergeben, von den Vertragsparteien zu prüfen und entsprechende Maßnahmen zu deren Sicherstellung zu vereinbaren. Hierzu zählen auch die Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung, insbesondere Steuerungsinstrumente zur Mengenentwicklung, Ideen zu Ausgestaltung und Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten und der damit verbundenen Preisstrukturen.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 bedarf es außerdem weiterführender Regelungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Krankengymnastinnen und Krankengymnasten sowie Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Zahnärztinnen und Zahnärzten. Insbesondere gilt dies hinsichtlich einer effizienten Patientensteuerung, sofern eine Vorstellung und ggf. (Weiter-)Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt beziehungsweise die Zahnärztin oder den Zahnarzt erforderlich ist.

Zu Nummer 4

Für den Fall, dass bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien abgewichen werden soll, müssen gemäß Nummer 4 die Vertragsparteien hierzu Vereinbarungen treffen.

Zu Absatz 4

§ 64f Absatz 4 regelt sowohl die Dauer als auch die Evaluierung der Modellvorhaben. Um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen für die Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsform zu kommen, wird die Dauer der Modellvorhaben auf drei Jahre begrenzt. Damit wird das Verfahren zur Generierung notwendiger Evidenz beschleunigt, um beurteilen zu können, ob eine Überführung in die Regelversorgung möglich und sinnvoll ist. Die Erkenntnisse aus den Modellvorhaben sind auch für die Weiterentwicklung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen von hoher Bedeutung, sodass auch gewährleistet werden soll, dass mögliche Erkenntnisse aus den Modellvorhaben in deren Weiterentwicklung einfließen können. Satz 2 stellt klar, dass die einzelnen Modellvorhaben wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit des Direktzugangs, um so aussagekräftige Ergebnisse für eine mögliche Übertragung in die Regelversorgung zu erhalten. Eine Übertragung in die Regelversorgung trägt zu einer Steigerung der Attraktivität der nichtärztlichen Heilberufe sowie dazu bei, die Fachkräftebasis in den Therapieberufen langfristig zu erhalten.

Zu Nummer 30

Die Regelung dient der Entbürokratisierung. Mit der Verlängerung der Frist von drei auf fünf Jahre zur Vorlage von Rechenschaftsberichten, die die Einsparungen und Effizienzsteigerungen darstellen, die mit dem jeweiligen Bonusprogramm erzielt werden, werden sowohl die Krankenkassen bei der Erstellung als auch die Aufsichtsbehörden bei der Prüfung dieser Gutachten entlastet.

Zu Nummer 31

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 32

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“.

Zu Nummer 33

Zu Buchstabe a

Die Vorlagepflicht dient dazu, den Aufsichtsbehörden Informationen über bestimmte Vergütungsvereinbarungen für ihre aufsichtsrechtlichen Aufgaben zu vermitteln. Die Aufsichtsbehörden benötigen diese regelhaften Informationen jedoch nicht zwingend und haben zudem die Möglichkeit, die entsprechenden Unterlagen nach § 88 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) anzufordern. Diese Möglichkeit ist ausreichend für eine sachgerechte Ausübung des Aufsichtsrechts, so dass auf die bürokratisch aufwändige Verpflichtung zur zwingenden Vorlage der Verträge verzichtet wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Nummer 34

Durch die Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“ sollen die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort gebündelt und die Spezialregelungen dadurch entlastet werden. Als lex specialis sind in den Spezialnormen weiterhin Abweichungen hiervon und Ergänzungen möglich. Die Möglichkeit bereichsspezifischer Abweichungen bietet hinreichende Flexibilität, um den Anforderungen der einzelnen Sachgebiete Rechnung zu tragen, die von den jeweiligen Schiedspersonen oder Schiedsstellen behandelt werden. Gleichzeitig entfallen unnötige Wiederholungen, die das Gesetz ohne rechtlichen Mehrwert verlängern und die Lesbarkeit erschweren.

Zu Nummer 35

Zu § 71a (Schiedsperson)

Durch die Einfügung eines neuen § 71a werden die Regelungen zur Schiedsperson konzentriert dargestellt. Kommt ein Vertrag nach §§ 39a Absatz 1 Satz 4, 73b Absatz 4 Satz 1, § 73d Absatz 1 Satz 1, 132 Absatz 1 Satz 1, 132a Absatz 4 Satz 1, 132b Absatz 1, 132d Absatz 1 Satz 1, Satz 2 und Satz 6, 132e Absatz 1 Satz 1, 132i Satz 1, 132k Satz 1 und 132l Absatz 5 Satz 1 nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen; dies gilt auch, wenn es auf einer oder auf beiden Seiten der Vertragspartner mehrere Beteiligte gibt.

Erfolgt keine Verständigung, bestimmt die durch die Vertragspartner zu informierende zuständige Aufsichtsbehörde die Schiedsperson. Für diese Tätigkeit erhebt diese von den Vertragsparteien kostendeckende Gebühren. Zudem wird geregelt, dass Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben und ein Vorverfahren nicht stattfindet. Dies dient der Beschleunigung des Schiedsverfahrens. Bereits das Verfahren zur Einsetzung von Schiedspersonen dauert etwa aufgrund der notwendigen vorherigen Anhörung der Parteien, der Fertigung der Einsetzungsbescheide und sich häufig anschließender gerichtlicher Verfahren im Regelfall mehrere Monate, teils Jahre. Bereits vor dem Zeitpunkt der Antragstellung befanden sich die Parteien oft in langwierigen Verhandlungen.

Im Falle einer Klage gegen den von der Schiedsperson festgelegten Vertragsinhalt wird dessen vorläufige Geltung bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit vorgegeben, um die zeitnahe Umsetzung des Vertrages sicherzustellen.

Zu § 71b (Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen)

Die Regelung des bisherigen § 89 „Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen“ wird in den neuen Zweiten Titel „Schiedswesen“ als neuer § 71b überführt. Sie bleibt mit Ausnahme der Änderungen in den Absätzen 10 und 11 unverändert.

Zu Absatz 10

Die bisherige Vorlagepflicht der Verträge nach den §§ 83, 85 und 87a dient dazu, den Aufsichtsbehörden Informationen über bestimmte Schiedsamtsvereinbarungen für ihre aufsichtsrechtlichen Aufgaben zu vermitteln. Die Aufsichtsbehörden benötigen diese regelhaften Informationen jedoch nicht zwingend und haben zudem die Möglichkeit, die entsprechenden Unterlagen nach § 88 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) anzufordern. Diese Möglichkeit ist ausreichend für eine sachgerechte Ausübung des Aufsichtsrechts, so dass auf die bürokratisch aufwändige Verpflichtung zur zwingenden Vorlage der Verträge verzichtet wird.

Zu den Absätzen 11 bis 13

Schiedsämter werden durch die Aufnahme eines weiteren Satzes in Absatz 11 ermächtigt, unter Wahrung der Ziele der ihnen obliegenden Schiedsverfahren zusätzlich zu den in der Schiedsamtsverordnung festgelegten Regelungen zum Verfahren die Durchführung von digitalen oder hybriden Sitzungen zu treffen. Damit kann in Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips hinsichtlich der Sitzungsformate jedes Gremium individuelle Festlegungen zum Beispiel durch Beschlüsse oder im Rahmen anderer Verfahrensfestlegungen zur digitalen und hybriden Sitzungsdurchführung treffen. Die Regelungen sollen dabei der besonderen Situation der jeweiligen Schiedsaufgaben Rechnung tragen, indem eventuelle Erfordernisse für Sitzungen in Präsenz berücksichtigt werden.

Bei einer digitalen Sitzung nehmen nach der Legaldefinition des § 64a Absatz 2 Satz 1 SGB IV alle Teilnehmenden ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild-Ton-Übertragung an der Sitzung teil. Als hybride Sitzung im Sinne des § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV wird eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen schließt dabei regelmäßig auch die Durchführung von Abstimmungen (zum Beispiel Beschlüsse über Verfahrensvorschriften oder die Haushaltsaufstellung) und Wahlen ein.

Die Ermächtigung ist nicht an Voraussetzungen geknüpft und eröffnet damit einen weiten Gestaltungsspielraum für Regelungen, die vorsehen, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel besondere Umstände, wichtige Gründe, Dringlichkeit, weiter Anreisewege) hybride oder vollständig digitale Sitzungen zugelassenen werden. Die Durchführung der genannten Sitzungsformate kann auch an technische Voraussetzungen geknüpft oder für bestimmte Sitzungen beziehungsweise Sitzungsgegenstände (zum Beispiel für konstituierende oder geheime Abstimmungen) ausgeschlossen werden.

Es liegt in der Verantwortung des jeweiligen Schiedsamtes, die Einhaltung des Datenschutzes und die Sicherheit der Informationstechnik bei der Durchführung der digitalen und hybriden Sitzungen zu gewährleisten. Entsprechend können gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung vorgesehen werden. Diese Regelungen sind für die jeweils zugelassenen Sitzungsformate zu treffen und möglichst auf die konkreten Rahmenbedingungen der Sitzungsorganisation zuzuschneiden. Datenschutzrechtliche Fragen stellen sich bei digitalen und hybriden Sitzungen unter anderem im Hinblick auf die Sicherung der Vertraulichkeit für nicht öffentliche Sitzungen beziehungsweise Sitzungsteile. Anforderungen an die Sicherheit der Informationstechnik einschließlich der Nutzung von Abstimmungssystemen sind insbesondere im Interesse einer störungs-

freien Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen und das ordnungsgemäße Zustandekommen von Abstimmungs- und Wahlergebnissen von Bedeutung. Da bei digitalen Sitzungsformaten technische Störungen nicht völlig auszuschließen sind, können auch Festlegungen zu den Folgen für die Weiterführung der Sitzung und die Wirksamkeit durchgeführter Abstimmungen und Wahlen im Interesse der Rechtssicherheut zu treffen sein. Dabei sind insbesondere die jeweiligen Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu beachten.

Zu § 71c (Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen)

Die Regelung des bisherigen § 89a „Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen“ wird in den neuen Zweiten Titel „Schiedswesen“ als neuer § 71c überführt.

Für Sektorenübergreifende Schiedsgremien gelten hinsichtlich der Durchführung von digitalen oder hybriden Sitzungen inhaltsgleiche Regelungen wie für Schiedsämter nach § 71b (neu). Auf die Ausführungen zu § 71b wird verwiesen.

Zu § 71d (Schiedsstelle, Verordnungsermächtigungen)

Durch die Einfügung eines neuen § 71d „Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung“ werden auch die Regelungen zur Schiedsstelle im SGB V konzentriert dargestellt. Kommt eine Einigung oder ein Vertrag nach §§ 75 Absatz 3b, 111 Absatz 2, Absatz 5 oder Absatz 7, 111a Absatz 1, 111c Absatz 1, Absatz 3 oder Absatz 5, 125 Absatz 1, 127 Absatz 1 und Absatz 4, 129 Absatz 2, 5c, 5d, 5e oder Absatz 5h, 130b Absatz 1, 131 Absatz 1, 132a Absatz 1, 132e Absatz 1a, 132l Absatz 1, 134 Absatz 1, 134a Absatz 1, 300 Absatz 3 oder 346 Absatz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Inhalt durch die jeweils zuständige Schiedsstelle festgelegt. Die Festlegung erfolgt innerhalb von drei Monaten, soweit nicht spezialgesetzlich davon abgewichen wird. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die beteiligten Parteien zu gleichen Teilen, sofern nicht durch Rechtsverordnung oder Geschäftsordnung anders bestimmt.

Die Schiedsstelle besteht grundsätzlich aus Vertretern der beteiligten Parteien in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Abweichungen hiervon sind im Rahmen der einzelnen Leistungsbereiche, wie etwa gemäß § 132l Absatz 4 Satz 2, möglich. Diese können auch eine geschlechterparitätische Besetzung zum Gegenstand haben. Für jedes Mitglied können Stellvertreter bestellt werden. Die Vertreter der Vereinbarungspartner werden von den jeweiligen Verbänden bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Bestellen die Vereinbarungspartner keine Vertreter oder kommt eine Einigung über die unparteiischen Mitglieder nicht zustande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 71b Absatz 5 Satz 7 beziehungsweise Absatz 6 Satz 3 (neu) bestellt. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Abweichungen von § 71d können in den einzelnen Vereinbarungsnormen geregelt werden (wie zum Beispiel in § 134 Absätze 3 und 4) und haben als lex specialis Vorrang.

Weitere Ausführungen betreffen die Geschäftsordnung, die die Schiedsstelle sich gibt, sowie die Mitglieder der Schiedsstelle. Es wird klarstellend ergänzt, dass die Geschäftsordnung Regelungen zu digitalen und hybriden Sitzungen umfassen kann. Auf die Ausführungen zu § 71b wird verwiesen.

Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den beteiligten Parteien. Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme, sofern nicht abweichend etwas anderes bestimmt. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Aufsichtsbe-

hörde. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

Ebenfalls wird festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln kann. Handelt es sich um eine Landesschiedsstelle, so werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere nach § 71d Absatz 5 Satz 1 zu regeln. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Spezialgesetzliche Verordnungsermächtigungen, wie etwa nach § 139e Absatz 9 Satz 1 Nummer 7, bleiben unberührt.

Auch haben Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle und Entscheidungen der Aufsichtsbehörde keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde ebenfalls nicht statt. Beides dient der Beschleunigung der Verfahren wie auch im Bereich des Schiedspersonenverfahrens.

Zu Nummer 36

Zu Buchstabe a

Der überholte Begriff „kassenärztliche“ Versorgung wird durch den Begriff „vertragsärztliche“ Versorgung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nehmen gemäß § 73 Absatz 1a Nummer 2 grundsätzlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Von diesem Grundsatz abweichend sieht § 73 Absatz 1a Satz 3 nach aktueller Rechtslage vor, dass der Zulassungsausschuss für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine befristete Regelung treffen kann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Schwerpunktbezeichnung können gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 hingegen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, ohne dass es einer vorherigen Entscheidung durch den Zulassungsausschuss bedarf.

Zur Schaffung von Rechtsklarheit wird die Ausnahmeregelung in § 73 Absatz 1a Satz 5 nunmehr auf Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung/-Weiterbildung erweitert, sodass kraft Gesetzes auch für sie die Möglichkeit besteht, neben der hausärztlichen Versorgung kumulativ an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Denn maßgebliche qualitative Unterschiede zwischen einer Spezialisierung in Form eines Schwerpunktes oder einer Zusatz-Weiterbildung bestehen nicht. Es hängt insbesondere von der Ausgestaltung der Weiterbildungsordnungen der Länder ab, welche Bezeichnung nach erfolgter Weiterbildung geführt werden darf. Das Weiterbildungsrecht der Landesärztekammern ist insoweit uneinheitlich, weil es identische pädiatrische Weiterbildungen teilweise als Schwerpunkt-Weiterbildung und teilweise als Zusatz-Weiterbildung ausweist.

Unbeschadet der vorgenommenen Anpassungen können Leistungen von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten im Übrigen weiterhin nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die jeweiligen im einheitlichen Bewertungsmaßstab der Ärzte geregelten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung schafft die erforderliche vertragsärztliche Verordnungsgrundlage für Medizinprodukte nach § 33b.

Hierdurch wird sichergestellt, dass die Versorgung mit den nach § 33b anspruchsberechtigten Medizinprodukten in die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungsabläufe integriert werden kann.

Zu Buchstabe d

Der überholte Begriff der „kassenärztlichen“ Versorgung wird in Absatz 3, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 durch den Begriff der „vertragsärztlichen“ Versorgung ersetzt.

Zu Nummer 37

Zu Buchstabe a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 71a. § 73b Absatz 4 Satz 2 wird mit Verweis auf den neuen § 71a angepasst und der bisherige § 73b Absatz 4a aufgehoben. Die Regelungen zum Verfahren der Bestimmung der Schiedsperson, Kosten und Rechtsschutz wurden vor die Klammer in den neuen § 71a gezogen. Abweichend von § 71a Absatz 1 Satz 1 setzt die Einleitung des Schiedsverfahrens für Verträge nach § 73b Absatz 4 Satz 1 weiterhin einen Antrag der Gemeinschaft voraus.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Nummer 38

Zu Buchstabe a

Die Folgeänderung erweitert die bestehenden Verordnungskompetenzen von Pflegefachpersonen auf die nach § 33b erforderlichen Medizinprodukte.

Da die betroffenen Medizinprodukte unmittelbar der Durchführung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege dienen, ist ihre Einbeziehung in die bestehenden Verordnungskompetenzen sachgerecht und erforderlich.

Die Regelung trägt dem Ziel Rechnung, Versorgungsabläufe im ambulanten Bereich zu erleichtern und Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenzen eigenverantwortliche Entscheidungen über die zur Durchführung der jeweiligen Leistungen erforderlichen Medizinprodukte zu ermöglichen. Hierdurch werden unnötige Verordnungsschleifen vermieden und die Versorgung der Versicherten vereinfacht.

Zu Buchstabe b

Die Ausführungen zur Schiedsperson in Absatz 3 werden durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich. Daher werden die Ausführungen gestrichen und stattdessen auf die neue Generalnorm verwiesen. Spezialregelungen wie das Erfordernis der Antragsstellung durch einen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit, die Fristsetzung von einem Monat für die Bestimmung der Schiedsperson sowie die Regelung, dass im Falle der Nichteinigung auf eine

Schiedsperson das BAS die Schiedsperson zu bestimmen hat, bleiben im Absatz 3 erhalten.

Durch die Neufassung von Absatz 3 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 39

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 71d. Die Regelungen zur konkreten Zusammensetzung und weiteren Detailanforderungen, etwa den Konfliktlösungsmechanismus für die Bestimmung der unparteiischen Mitglieder, bleiben als Spezialregelungen in § 75 erhalten. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie die Amtsdauer der Schiedsstelle oder die Frist, in der sie entscheiden muss, sind hingegen als nunmehr reine Wiederholung zu streichen und dient der Entschlackung des SGB V.

Zu Nummer 40

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 41

Die Regelung stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ermächtigt sind, in ihren Satzungen Regelungen zu treffen, die ihren satzungsmäßigen Organen und Gremien ermöglichen, Sitzungen in digitaler oder hybrider Form durchzuführen. Bei einer digitalen Sitzung nehmen nach der Legaldefinition des § 64a Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) alle Teilnehmenden ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild-Ton-Übertragung an der Sitzung teil. Als hybride Sitzung im Sinne des § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV wird eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen schließt dabei regelmäßig auch die Durchführung von Abstimmungen (zum Beispiel Beschlüsse über Satzungsänderungen oder die Haushaltsaufstellung) und Wahlen (zum Beispiel der Vorsitzenden der Vertreterversammlung oder der Vorstandsmitglieder) ein. Die Ermächtigung der Satzungsgeber ist nicht an Voraussetzungen geknüpft und eröffnet damit einen weiten Gestaltungsspielraum für Satzungsregelungen, die vorsehen können, ob und unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel besondere Umstände, wichtige Gründe oder Dringlichkeit) hybride oder vollständig digitale Sitzungen zugelassen werden. Die Durchführung der genannten Sitzungsformate kann auch an technische Voraussetzungen geknüpft oder für bestimmte Sitzungen beziehungsweise Sitzungsgegenstände (zum Beispiel für konstituierende Sitzungen oder geheime Abstimmungen) ausgeschlossen werden.

Die Ermächtigung umfasst weiterhin Regelungen, die zur Durchführung digitaler oder hybrider Sitzungen getroffen werden, wie etwa gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung. Diese Regelungen sind für die jeweils in der Satzung zugelassenen Sitzungsformate zu treffen und möglichst auf die konkreten Rahmenbedingungen der Sitzungsorganisation zuzuschneiden. Datenschutzrechtliche Fragen stellen sich bei digitalen und hybriden Sitzungen unter anderem im Hinblick auf die Sicherung der Vertraulichkeit für nicht öffentliche Sitzungen beziehungsweise Sitzungsteile. Anforderungen an die Sicherheit der Informationstechnik einschließlich der Nutzung von Abstimmungssystemen sind insbesondere im Interesse einer störungsfreien Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen und das ordnungsgemäße Zustandekommen von Abstimmungs- und Wahlergebnissen von Bedeutung. Da bei den digitalen Sitzungsformaten technische Störungen nicht völlig auszuschließen sind, können auch Festlegungen zu deren

Folgen für die Weiterführung der Sitzung und die Wirksamkeit durchgeführter Abstimmungen und Wahlen im Interesse der Rechtssicherheit zu treffen sein. Dabei sind insbesondere die jeweiligen Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu beachten. Bei Regelungen für die Vertreterversammlungen gilt darüber hinaus unabhängig vom Sitzungsformat regelmäßig auch der Grundsatz der Öffentlichkeit der Sitzungen (§ 79 Absatz 3b Satz 7), der vor allem für rein digitale Sitzungen besondere Regelungen notwendig macht. Satzungsregelungen zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde (§ 81 Absatz 1 Satz 2).

Die zulässigen Satzungsregelungen zur Nutzung der ergänzenden neuen Sitzungsformate sichern dauerhaft die Handlungs- und Funktionsfähigkeit von Organen und Entscheidungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen. Gleichzeitig wird eine aufwandsreduzierte Durchführung von Sitzungen mittels der heutigen technischen Möglichkeiten erleichtert.

Zu Nummer 42

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Nummer 43

Die Rahmenempfehlungen nach dem bisherigen § 127 Absatz 9 gehen im neuen Rahmenvertrag nach § 127 Absatz 1 auf und werden daher gestrichen. Die Regelungen nach § 86 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 müssen, soweit sie die Verordnung mit Hilfsmitteln betreffen, nunmehr mit den Festlegungen des Rahmenvertrags nach § 127 Absatz 1 vereinbar sein.

Zu Nummer 44

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die rechtlichen Weichenstellungen für eine nutzerfreundliche Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens im Bereich der ambulanten Psychotherapie geschaffen. Der bislang papiergebundene Prozess soll mit der Digitalisierung beschleunigt und vereinfacht werden und auf diese Weise zu Entlastungen der am Verfahren Beteiligten beitragen.

Die konkrete Ausgestaltung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen obliegt den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrags für Ärzte und ist von diesen bis zum 31. Dezember 2026 zu regeln.

Zusätzlich werden bereichsspezifische Regelungen für eine zulässige Verarbeitung von bestimmten versichertenbezogenen Gesundheitsdaten durch die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter geschaffen.

Mit der Vorgabe, für die digitale Übermittlung ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6, beispielsweise den sicheren E-Mail-Dienst KIM der Telematikinfrastruktur (Kommunikation im Medizinwesen) zu nutzen, wird die Sicherheit der übertragenen Daten gewährleistet.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die gesetzliche Berichtspflicht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen gestrichen. Die wiederkehrende Berichterstattung zur Entwicklung der vertragsärztlichen palliativmedizinischen

Versorgung hat nach mehreren Berichten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse erbracht. Aufgrund der stabilen Versorgungsentwicklung besteht kein weiterer gesetzlicher Berichtsbedarf.

Zu Buchstabe c

Das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte und Zahnärztinnen vorgesehene Gutachterverfahren ist aktuell ein papiergebundenes Verfahren, welches mit einem verwaltungstechnisch großen Aufwand verbunden ist. Ein digitaler Austausch der erforderlichen Unterlagen zwischen den vertragszahnärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und den Krankenkassen trägt zu einem effizienteren und schnelleren Verfahrensablauf bei. Um das Verfahren dahingehend zu optimieren, wird durch den neuen Satz 7 des § 87 Absatz 1c vorgegeben, dass für die Übermittlung der erforderlichen Daten und Unterlagen und des Ergebnisses der Begutachtung ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 (Kommunikation im Medizinwesen (KIM)) zu nutzen ist und zwar verpflichtend ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].

Zu Buchstabe d

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 wurde dem Bewertungsausschuss der Auftrag erteilt, eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen von Risikopatientinnen und -patienten zu vereinbaren. Gleichzeitig wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, über Umsetzung und Auswirkungen der Regelung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Die insgesamt positive Entwicklung im MRSA-Bereich in den vergangenen Jahren erlaubt es, zukünftig auf eine regelhafte MRSA-Berichterstattung zu verzichten. Im Bedarfsfall kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Berichte bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anfordern.

Zu Buchstabe e

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.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 45

Die Regelung des bisherigen § 89 „Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen“ wird in den neuen Zweiten Titel „Schiedswesen“ als neuer § 71b überführt.

Die Regelung des bisherigen § 89a „Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen“ wird in den neuen Zweiten Titel „Schiedswesen“ als neuer § 71c überführt.

Somit kann der gesamte Fünfte Titel im Zweiten Abschnitt des Vierten Kapitels entfallen.

Zu Nummer 46

Die deklaratorische Ergänzung für die Landesausschüsse nach § 90, nach der diese Regelungen zu digitalen und hybriden Sitzungen treffen können, zielt auf einen weiten Gestaltungsspielraum der jeweiligen Selbstverwaltungsorgane hinsichtlich ihrer Sitzungsformate ab. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu § 71d verwiesen.

Zu Nummer 47

Mit der Ergänzung in § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird klargestellt, dass der G-BA in seiner Geschäftsordnung auch festlegt, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Durchführungsbestimmungen er seine Sitzungen – auch jene, in denen Beschlüsse (zum Beispiel über Richtlinien) gefasst werden – in hybrider oder digitaler Form durchführt. Als hybride Sitzung wird entsprechend der Legaldefinition in § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch eine Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Digitale Sitzungen finden entsprechend der Legaldefinition in § 64a Absatz 2 Satz 1 SGB IV ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung statt. Im Übrigen wird auf die Anordnung einer entsprechenden Geltung der Vorgaben in § 64a SGB IV verzichtet, um dem G-BA im Hinblick auf die Ausgestaltung der Regelungen seiner Arbeitsweise hinreichende Flexibilität zu geben. Es wird aufgrund der bisherigen Erfahrungen davon ausgegangen, dass der G-BA die Einhaltung des Datenschutzes und die Sicherheit der Informationstechnik bei der Durchführung der digitalen und hybriden Sitzungen gewährleisten wird. Die in der Geschäftsordnung zu treffenden Regelungen bedürfen nach § 91 Absatz 4 Satz 2 der Genehmigung des BMG.

Zu Nummer 48

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Der G-BA wird beauftragt, innerhalb von sechs Monaten das Verfahren zur Durchführung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie weiter zu vereinfachen. Nach den geltenden Vorgaben in der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) des G-BA umfasst die Kurzzeittherapie in der Psychotherapie insgesamt bis zu 24 Therapieeinheiten, deren Beantragung bisher in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent

von zwölf Therapieeinheiten erfolgt. Eine Mehrzahl der Patientinnen und Patienten in psychotherapeutischer Behandlung bedarf mehr als zwölf Therapieeinheiten und ist insoweit auf ein zweites Kurzzeittherapie-Kontingent angewiesen. Die Erforderlichkeit eines zusätzlichen Antrags führt zu einem bürokratischen Mehraufwand für alle betroffenen Seiten. Durch den Verzicht auf das zweistufige Verfahren und das Erfordernis eines zweiten Antrags, wird dieser zusätzliche bürokratische Aufwand, insbesondere für die Patientinnen und Patienten, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Ärztinnen und Ärzte sowie die Krankenkassen künftig vermieden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Nummer 49

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 75 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt. Die verbleibenden 25 Millionen Euro werden dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit nach § 394a zur digitalen Transformation in der Gesundheitsversorgung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.

Zu Nummer 50

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen § 101 Absatz 4a.

Zu Nummer 51

Zu Buchstabe a

Aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe in Absatz 4a (neu) wird der bisher in Absatz 4 Satz 5 festgelegte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, obsolet. Im Zuge dessen erfolgen im Sinne der Rechtsbereinigung Anpassungen in den Sätzen 5 und 6. Der G-BA hat weiterhin in Bezug auf die Arztgruppe nach Absatz 4 sicherzustellen, dass ein bestimmter Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Entsprechend der seit dem 1. Januar 2016 geltenden Regelung kann der G-BA die durch den Gesetzgeber für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 geltende Höhe von 25 Prozent aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen.

Zu Buchstabe b

Absatz 4a regelt die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe. Diese tritt zwölf Monate nach Verkündung in Kraft. Die neue Arztgruppe umfasst psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die gesonderte Beplanung dieser Arztgruppe ermöglicht zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Zugleich kann damit auch einem etwaigen durch die COVID-19-Pandemie gestiegenen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung für Kinder und Jugendliche Rechnung getragen werden. Die Bildung der neuen Arztgruppe hat keine Auswirkungen auf den bestehenden Zulassungsstatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die neue Arztgruppe ist erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2026 zu ermitteln. Dem G-BA wird aufgegeben, die Verhältniszahlen für die neue Arztgruppe innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung zu beschlie-

ßen. In diesem Zusammenhang soll sich der G-BA auch damit auseinandersetzen, inwieweit die Verhältniszahlen mit dem Ziel einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung anzupassen sind. Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen ist hierbei Rechnung zu tragen. Dies betrifft auch die Prüfung von Mitversorgungseffekten. Kindern und Jugendlichen ist es im Gegensatz zu Erwachsenen beispielsweise nicht ohne weiteres möglich, Praxen in weiterer Entfernung zum Wohnort aufzusuchen. Auch diesem Aspekt kann durch eine separate Bedarfsplanung zukünftig besser Rechnung getragen werden. Der G-BA kann aus Versorgungsgründen einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile (beispielsweise psychosomatische Medizin) vorsehen. Die Landesausschüsse haben die Feststellungen, ob in den einzelnen Planungsbereichen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 eine Überversorgung besteht, zum Stand vom ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.

Zu Nummer 52

Durch die Neuregelung wird sichergestellt, dass durch Einsatz eines Umfangs von mindestens 20 vom Hundert der Strukturfondsmittel dem Ziel der Förderung und Verbesserung der Barrierefreiheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung Rechnung getragen wird. Die hierfür vorzusehenden Mittel sollen insbesondere zur Förderung von Umbauten und sonstigen Maßnahmen eingesetzt werden, damit bestehende Praxen einen Anreiz erhalten, entsprechende Vorkehrungen zu ergreifen, und die Vertrags(zahn)ärzteschaft ihre Praxen mit finanzieller Unterstützung barrierefrei bzw. barriereärmer gestalten kann. Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist eine Querschnittsaufgabe bei der Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Strukturfondsmittel. Daher können diese Mittel auch im Rahmen der in Absatz 1a Satz 4 aufgeführten Maßnahmen verwendet werden, zum Beispiel für Zuschüsse zu Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen, die sich auf die Verbesserung der Barrierefreiheit beziehen. Auch Maßnahmen zur Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen, insbesondere die Gewährleistung der Barrierefreiheit, beim Zugang und bei der Nutzung der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder bei der Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und telemedizinischer Kooperationen der Leistungserbringer können berücksichtigt werden. Die Verwendung der Strukturfondsmittel für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist im Bericht nach Satz 6 darzustellen.

Zu Nummer 53

Für die Festsetzung von Nachforderungen und Kürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in den Sätzen 3 und 5 Ausschlussfristen geregelt. Für die Beratungen gelten diese jedoch nicht, weshalb nach bisheriger Rechtslage für Beratungen die vierjährige Verjährungsfrist gilt. Mit der Anpassung werden die Ausschlussfristen der Sätze 3 und 5 auch auf die Beratungen bezogen, so dass eine Gleichsetzung erfolgt.

Zu Nummer 54

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In den Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, vereinbart zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wird bezüglich des Umfangs der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 3 Absatz 5 bereits heute für Prüfungen nach Absatz 1 die Möglichkeit vorgesehen, Bagatellgrenzen zu vereinbaren. Von dieser Möglichkeit wurde

bislang im Rahmen der jeweiligen Prüfvereinbarungen auf Landesebene in unterschiedlichem Umfang Gebrauch gemacht.

Mit der Ergänzung in § 106b Absatz 2 Satz 2 wird nun geregelt, dass neben dem Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Diese Antragsgrenze bezieht sich auf je eine Betriebsstättennummer, je Quartal und je Krankenkasse. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfallen werden. Vor dem Hintergrund, dass sich durch diese Geringfügigkeitsgrenze eine jährliche finanzielle Belastung für die GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro ergibt, diese aber nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel und Heilmittel ausmachen (im Jahr 2022: rund 43 Milliarden Euro für Arzneimittel und rund 11 Milliarden Euro für Heilmittel), wird die Grenze von 300 Euro als sachgerecht und mithin verhältnismäßig bewertet.

Diese Maßnahme stellt einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung dar und führt zur Vereinheitlichung der bestehenden Prüfvereinbarungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden.

Zu Nummer 55

Zu Buchstabe a

Die einzuhaltenden Fristen bei der Abrechnungsprüfung werden im neuen Absatz 4a geregelt. Auch wird die Prüfungsstelle nach § 106c mit einer Vorabprüfung in die Abrechnungsprüfung eingebunden, so dass entsprechende Anträge nunmehr bei der Prüfungsstelle zu stellen sind. Entsprechend war eine redaktionelle Anpassung erforderlich. Durch die Regelung der Fristen zur Abrechnungsprüfung in Absatz 4a ist zudem der Satz 4 an dieser Stelle zu streichen.

Zu Buchstabe b

Krankenkassen konnten bisher bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Anträge auf Abrechnungsprüfungen stellen. Eine Vielzahl dieser Anträge waren jedoch offensichtlich unbegründet und hätten vorab von der Krankenkasse eigenständig geprüft werden können. Zwar ist davon auszugehen, dass durch die Überführung der überwiegenden ärztlichen Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das am 30. Juli 2026 zu weiten Teilen in Kraft getreten ist, geregelt wurde, der Bedarf an antragsgebundenen Abrechnungsprüfungen auf Grund der Zahlung der MGV mit befreiender Wirkung sinken wird. Dennoch soll der unnötige bürokratische Aufwand auf Seiten der KVen reduziert werden. Hierzu wird eine Vorabprüfung der Anträge bei den Prüfungsstellen nach § 106c eingeführt. Die Prüfungsstellen werden gemeinsam von den Krankenkassen und den KVen gebildet, sind damit also unabhängig und werden von beiden Seiten finanziert. Krankenkassen müssen künftig ihre Anträge bei

den Prüfungsstellen einreichen, die an Hand der ihnen vorliegenden Daten aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 267 und 267 prüfen können, ob der Antrag von vornherein als unbegründet abzuweisen ist oder die Möglichkeit auf Stattgabe besteht. Die Krankenkassen müssen den Antrag entsprechend der in § 106 Absatz 3 Satz 4 geregelten Fristen innerhalb von 18 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides stellen. Die Prüfungsstelle kann von der Krankenkasse weitere notwendige Daten anfordern, wenn dies für die Prüfung erforderlich ist. Die Krankenkasse hat zwei Monate Zeit, um die angeforderten Daten nachzureichen. Kommt sie dem nicht fristgemäß nach, ist der Antrag verbindlich als unbegründet von der Prüfungsstelle abzuweisen. Durch diese Regelungen soll erreicht werden, dass die Krankenkassen wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung zeitnah die Anträge stellen und an der Datenbeschaffung mitwirken. Bisher hatten die Krankenkassen keine Frist für die Antragsstellung einzuhalten, obwohl nach Absatz 5 Satz 3 Maßnahmen gegenüber den Vertragsärzten nur innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden konnten.

Um das Verfahren wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Absatz 3 zu beschleunigen und der Vertragsärzten mehr finanzielle Sicherheit zu geben, werden auch in der Abrechnungsprüfung Ausschlussfristen vorgegeben. Neben der Frist zur Antragsstellung hat auch die Prüfungsstelle die Vorabprüfung innerhalb von sechs Monaten ab Antragseingang zu entscheiden. Sie kann entweder den Antrag als unbegründet abweisen oder bei Aussicht auf Erfolg diesen an die KV weiterleiten, so dass die KV keine offensichtlich unbegründeten Anträge mehr erhält. Die KV hat ebenfalls innerhalb von sechs Monaten zu entscheiden, so dass das gesamte Antragsverfahren wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach zweieinhalb Jahren abgeschlossen ist. Entscheidet die KV nicht innerhalb von sechs Monaten, kann die Krankenkasse, wie bisher nach Absatz 4 Satz 4, den jeweiligen Betrag auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

Für Entscheidung durch die Prüfungsstelle gilt § 106 Absatz 3.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeanpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das am 20. Juli 2021 in Kraft getreten ist, wurden die Fristen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung angepasst, um das Verfahren zu straffen und den Vertragsärzten zeitnah eine finanzielle Sicherheit zu geben. Danach ist ein Antrag innerhalb von 18 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides zu stellen und nach weiteren 12 Monaten eine Maßnahme zu treffen. Es handelt sich um Ausschlussfristen. Die Regelung des § 45 Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) findet keine entsprechende Anwendung. Für die Abrechnungsprüfung wurde diese Frist jedoch nicht angepasst, was nun auf Grund der Einbindung der Prüfungsstelle und der vorgegebenen Fristen nachgeholt wird. Wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auch in der Abrechnungsprüfung nunmehr eine Maßnahme gegenüber dem betroffenen Vertragsarzt innerhalb von zweieinhalb Jahren festzulegen. Dabei handelt es sich ebenfalls um eine Ausschlussfrist. Die Anwendung von § 45 Absatz 2 SGB I ist ausgeschlossen.

Zu Buchstabe d

§ 106d beinhaltet Vorgaben für die zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu vereinbarenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen. Vereinbart werden sollen unter anderem die Voraussetzungen des Einsatzes eines EDV-gestützten Regelwerks, das flächendeckend zum Einsatz kommen soll. Dies umfasst Vorgaben für Form,

Inhalt und Struktur der Prüfungsanträge und diesbezüglicher Rückmeldungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Für den vertragszahnärztlichen Bereich wurde diese Vorgabe – im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich – bisher nicht umgesetzt. Um auch für den vertragszahnärztlichen Bereich die Verfahrensabläufe zu vereinfachen und eine Vereinheitlichung des Verfahrens zu befördern, wird den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene aufgegeben, die dahingehenden Verhandlungen bis spätestens ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] abzuschließen.

Zu Nummer 56

Durch den Verweis auf § 71a finden die Regelungen auch für § 110 Absatz 1 entsprechende Anwendung. Zwar handelt es sich hier nicht um einen bezweckten Vertragsschluss, sondern vielmehr die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern, allerdings entsprechen die bereits bestehenden Regelungen zur Schiedsperson in § 110 den Regelungen in § 71a und fügen sich insoweit in die neue Systematik der Regelungen zum Schiedswesen ein. Die Regelungen in § 110 werden daher gestrichen und stattdessen auf § 71a verwiesen.

Zu Nummer 57

Zum Zweck des Bürokratierückbaus werden Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen von der Verpflichtung freigestellt, zu den vom G-BA in dem Beschluss des G-BA über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und dem Beschluss des G-BA über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B2) festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträgern Qualitätsverträge zu schließen. Hierbei handelt es sich um die folgenden Leistungen oder Leistungsbereiche:

- Endoprothetische Gelenkversorgung,
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten,
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten,

  Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus,

  Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung,
- Multimodale Schmerztherapie,

  Geburten/Entbindung,

  Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit.

Dadurch entfallen Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen und den Krankenhäusern. Der konkrete Bezug auf die vorgenannten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundes erfolgt infolge der Streichung des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.

Auf freiwilliger Basis wird den Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen der Abschluss von Qualitätsverträgen mit Krankenhausträgern weiterhin ermöglicht. Sofern im Vergleich zum vorgesehenen Vertragsinhalt gleich- oder höherwertige Qualitäts-

anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 in den in dem Beschluss des G-BA über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und dem Beschluss des G-BA über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022, (BAnz AT 10.08.2022 B2) festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen bestehen, ist der Abschluss oder die Verlängerung von Qualitätsverträgen ausgeschlossen. Qualitätsverträge dienen der Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen, erreichen lässt. Bestehen bereits gleich- oder höherwertige verpflichtende Qualitätsanforderungen, kann dieser Zweck nicht mehr verfolgt werden.

Qualitätsverträge sind potenziell qualitätsfördernde, zugleich aber kontextabhängige und teilweise bürokratieaufwändige Instrumente der Qualitätsförderung. Ihre Wirkungen entstehen nicht automatisch durch den Vertragsschluss, sondern durch die praktische Umsetzung konkreter Versorgungsmaßnahmen. Qualitätsverträge können insbesondere organisatorische und prozessuale Verbesserungen anstoßen. Der G-BA erstellt monatlich eine Liste der geschlossenen Qualitätsverträge (https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/). Diese sind heterogen ausgestaltet, eine flächendeckende Versorgung, die allen Patientinnen und Patienten gleichermaßen zugutekommt, kann mit dem Instrument nicht gewährleistet werden. Des Weiteren sind viele der verzeichneten Qualitätsverträge bereits beendet, eine Verlängerung von einzelnen Qualitätsverträgen ist nicht ersichtlich. Zum Leistungsbereich „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ wurden bislang keine Qualitätsverträge initiiert.

Für belastbare Aussagen zu nachhaltigen patientenbezogenen Ergebnisverbesserungen, zur Übertragbarkeit erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung und zur Bewertung einzelner Vertragsmodelle sind weiterführende Analysen im Bericht nach § 136b Absatz 8 erforderlich, der weiterhin bis zum 31.12.2028 zu erstellen ist. Auf Grund des methodischen Ansatzes der Untersuchung nach § 136b Absatz 8 ist erforderlich, dass die Laufzeit der untersuchten Qualitätsverträge ein Jahr nicht unterschreitet. Dies hat zur Folge, dass Verträge, die nach dem 1. Januar 2027 vereinbart werden, nicht mehr in die Untersuchung einfließen können. Die Auswirkungen von am 1. Januar 2027 bereits laufendenden Verträgen können bei der Untersuchung nach § 136b Absatz 8 hingegen noch berücksichtigt werden. Laufende Qualitätsverträge bestehen unberührt fort.

Bei den in dem Beschluss des G-BA über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und dem Beschluss des G-BA über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B2) festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen werden insbesondere solche adressiert, die vulnerable Gruppen und derzeit oftmals unzureichend behandelte Versorgungsbereiche in den Blick nehmen. Dies gilt insbesondere für die Leistungsbereiche „Prävention des postoperativen Delirs“, „Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ sowie die „Multimodale Schmerztherapie“.

Das postoperative Delir ist die häufigste Komplikation nach einer Operation. Patientinnen und Patienten, die von postoperativem Delir betroffen sind, haben einen hohen Leidensdruck, ein erhöhtes Mortalitätsrisiko und erleiden häufiger Komplikationen. Bei Patientinnen und Patienten mit vielen Risikofaktoren kann ein postoperatives Delir bereits durch eine Operation ausgelöst werden. Mit Präventionsmaßnahmen und einer besonderen Be-

treuung nach einer erfolgten Operation kann das postoperative Delir effektiv in seiner Häufigkeit reduziert werden.

Die Versorgung von Menschen mit körperlichen Mehrfachbehinderungen erfordert besondere strukturelle Anforderungen für die Barrierefreiheit, wie bauliche und organisatorische Maßnahmen etwa an die Breite von Badezimmertüren, Liftmöglichkeit für Badezimmer und die Zurverfügungstellung besonderer Bettenmodelle. Auch die medizinisch-pflegerische Organisation erfordert eine besondere Aufmerksamkeit, insbesondere mehr Zeit und besondere Schulungen des Personals im Hinblick auf spezifische Krankheitsbilder sowie der erforderlichen Kommunikation. Des Weiteren sind die rechtlichen Anforderungen an Begleitpersonen oder Assistenzkräfte zu berücksichtigen.

Anhaltende Schmerzen können zum Krankheitsbild des chronischen Schmerzsyndroms führen. Hierbei spielen neben den somatischen Ursachen psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Das chronische Schmerzsyndrom kann zu erheblichen psychosozialen und beruflichen Einschränkungen führen. Zur Stärkung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie sollen entsprechende Therapiekonzepte zum Einsatz kommen, die eine aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung erfordert, um eine adäquate Schmerzversorgung der Betroffenen zu gewährleisten. Dadurch soll das Leben von schmerzkranken Patientinnen und Patienten erleichtert und die Entwicklung chronischer Schmerzzustände verringert werden.

Die Ausgestaltung einer Rahmenvereinbarung, die Absatz 2 in der alten Fassung vorsieht, ist abgeschlossen. Die Regelung kann daher entfallen. Die Ausgabenpflicht, die Absatz 3 in der alten Fassung vorsieht, erzeugt bürokratische Aufwände, ohne zwingend zur Erhöhung der Qualität in der Versorgung beizutragen. Ab dem Inkrafttreten der Regelung entfällt die Verpflichtung einer Krankenkasse, Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen auszugeben. Die für das Haushaltsjahr 2026 noch bestehende Ausgabeverpflichtung wird im Jahr 2027 abgewickelt. An ihre Stelle tritt eine Rechtsgrundlage, die es Krankenkassen erlaubt, Beitragsmittel in angemessener Höhe für die Vorbereitung und Durchführung von Qualitätsverträgen einzusetzen. Um die Ausgaben der Krankenkassen für die Vertragsvorbereitung zu begrenzen und zugleich eine hinreichende Deckung dieser Kosten zu gewährleisten, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen angemessene Pauschalen für die Vertragsvorbereitung und -durchführung fest, die den unterschiedlichen Aufwand der Krankenkassen insbesondere für Erarbeitung und Verhandlung der Vertragsinhalte berücksichtigen. Diese Pauschalen sind bis zum 31. Oktober 2027 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen.

Zu Nummer 58

Zu Buchstabe a

Um dem Ziel eines barrierefreien Gesundheitswesens im Bereich der Rehabilitation noch besser gerecht zu werden, werden durch die Ergänzung von § 111 Absatz 7 Satz 1 um eine neue Nummer 4 der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene dazu verpflichtet, in den Rahmenempfehlungen auch die Ausgestaltung einer barrierefreien Rehabilitation zu regeln.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung des § 111b.

Zu Nummer 59

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 71d. Die Regelungen zur konkreten Zusammensetzung und Bildung der Landesschiedsstellen bleiben als Spezialrege-

lungen in § 111b erhalten. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind hingegen als nunmehr reine Wiederholung zu streichen.

Zu Nummer 60

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung des § 111b.

Zu Nummer 61

Auf Grund der Änderungen in Satz 1 kann die Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die vertragsärztliche Versorgung der Prüfungsstelle nach § 106c übertragen werden, die durch die Landeverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet wird. Für die erbrachten Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren erfolgt die Vergütung unmittelbar durch die Krankenkasse, so dass eine Inanspruchnahme der Prüfungsstellen ohne einer gesetzlichen Ermächtigung nicht möglich war. Mit der vorgenommenen Änderung wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstellen gegen Kostenersatz ermöglicht, sofern diese Prüfung in den Verträgen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 vereinbart wird und in den Verträgen nach § 120 Absatz 2 Satz 2 nichts anderes vereinbart ist.

Zu Nummer 62

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die Regelungen zur konkreten Zusammensetzung und Bildung der Landesschiedsstellen sowie die Bezeichnung der zuständigen Aufsicht bleiben als Spezialregelungen in § 114 erhalten. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

Die nunmehr im neuen § 71d verorteten Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind als Wiederholungen zu streichen.

Zu Nummer 63

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 64

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 65

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 66

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 67

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 68

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Buchstabe b

Die Regelung zielt darauf ab, den Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen zu erleichtern. Hierzu wird das bisherige Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung gelockert.

Bislang sieht § 118 Absatz 3 Satz 4 vor, dass die Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz in der Regel nur auf Überweisung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erfolgen soll. Die Selbstverwaltungspartner haben diese Vorgabe in der „Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V“ dahingehend konkretisiert, dass die Überweisung durch den die maßgebliche Erkrankung behandelnden Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder ärztlichen Psychotherapeuten zu erfolgen hat.

Das so konkretisierte Überweisungserfordernis dient der Sicherstellung einer strukturierten Vorbehandlung, der Abgrenzung des Versorgungsauftrags und der Vermeidung medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen. Eine Ausnahme vom fachärztlichen Überweisungserfordernis ist in der Vereinbarung nur für diejenigen Fälle vorgesehen, in denen zur Verkürzung stationärer Behandlungszeiten und zur Sicherung des Behandlungserfolgs eine direkte Überleitung aus der stationären Behandlung in die Institutsambulanz erfolgt.

Aus der Versorgungspraxis der psychosomatischen Institutsambulanzen wird hingegen berichtet, dass das Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung ein wesentliches Zugangshindernis darstellt. Patientinnen und Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf würden vielfach in den Hausarztpraxen vorstellig. Darüber hinaus führe das Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung zu einem Flaschenhalseffekt und Behandlungsverzögerungen, soweit die relevanten Fachärztinnen und Fachärzte nicht zeitnah verfügbar sind.

Vor diesem Hintergrund wird mit vorliegender Regelung die Möglichkeit eröffnet, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten an eine psychosomatische Institutsambulanz überweisen. Die Regelung wird auf zwei Jahre befristet und begleitend vom GKV-Spitzenverband hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten der Neuregelung mitzuteilen, um eine Entscheidung über eine Entfristung der Regelung zu ermöglichen.

Die Regelung in Satz 8 beinhaltet einen Prüfauftrag für die Vertragsparteien auf Bundesebene hinsichtlich der Definition der Patientengruppe, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf eine Behandlung in psychosomatischen Institutsambulanzen ange-

wiesen sind, weil sie durch vertragsärztliche Regelversorgungsangebote nicht erfolgreich behandelt werden können, vgl. § 4 der Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V. Ziel der Neuregelung ist die Überprüfung, ob diese Festlegung etwaig veränderten Versorgungsbedürfnissen entspricht und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse Rechnung trägt. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit mitzuteilen.

Zu Nummer 69

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 70

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 43a (Sozialpädriatrisches Zentrum, SPZ).

Zu Nummer 71

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 mit den an der Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Eingliederungshilfe 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 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. Für die Anforderungen an die Ver-

sorgung finden die für die Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern geltenden Vorgaben sinngemäß Anwendung. 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 2031 vorgegeben.

Darüber hinaus wird das Fälligkeitsdatum des Berichts des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Bundesregierung über die Ergebnisse der Evaluation der Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 30. September, beginnend ab dem Berichtsjahr 2028, 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.

Zu Nummer 72

Zu Buchstabe a

Die Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 besteht bereits für einen Großteil der genannten Leistungserbringer. Für die zahnmedizinischen Hochschulambulanzen fehlt es jedoch an entsprechenden Regelungen. Die Übermittlung der für die Beantragung, Genehmigung und Abrechnung relevanten Unterlagen zwischen zahnmedizinischen Hochschulambulanten und Krankenkassen erfolgt noch immer ausschließlich in Papierform. Die Änderung legt fest, dass die Umsetzung der Verpflichtung der Vertragspartner nach § 301 Absatz 3 nach § 120 Absatz 3 Satz 3 für alle der genannten Einrichtungen, einschließlich der zahnmedizinischen Hochschulambulanzen, spätestens bis ein Jahr nach Inkrafttreten zu erfolgen hat, sofern noch keine entsprechenden Vereinbarungen bestehen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Buchstabe c

Der neue § 120 Absatz 5 sieht eine Sanktionsmaßnahme für den Fall vor, dass eine entsprechende Vereinbarung nicht innerhalb der in § 120 Absatz 3 Satz 3 genannten Frist ganz oder teilweise zustande kommt. Hiernach ist die Vergütung der Leistungen, für die eine Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 nicht besteht pauschal um 1 Prozent zu kürzen.

Insbesondere für den Fall, dass dem Nichtzustandekommen kein Verschulden der Leistungserbringerseite zugrunde liegt und eine Sanktion unbillig wäre, wird festgelegt, dass die Frist zum Abschluss der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängert werden kann.

Beim neuen Absatz 6 handelt sich um den bisherigen Absatz 5.

Zu Nummer 73

Nach § 124 Absatz 1 Nummer 3 ist die Zulassung von Leistungserbringern an der Heilmittelversorgung an eine Anerkennung der geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 geknüpft. Dem entgegen ist die Zulassung von Leistungserbringern nicht davon abhängig, ob der Leistungserbringer an der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a (Blankoverordnung) teilnehmen möchte. Die Verträge nach § 125a treten er-

gänzend neben die Verträge nach § 125 Absatz 1. Unabhängig von der Frage der Zulassung ist eine Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung nur unter Einhaltung der Verträge nach § 125a möglich.

In § 124 Absatz 5 ist geregelt, dass es – entgegen der Vorgabe in § 124 Absatz 1 Nummer 3 – für die Teilnahme von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbaren Einrichtungen an der Heilmittelversorgung einer Anerkennung der geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 nicht bedarf. Vielmehr gelten die nach § 125 abgeschlossenen Verträge entsprechend. Durch die Änderung des § 124 Absatz 5 Satz 3 wird klargestellt, dass für die genannten Einrichtungen auch die abgeschlossenen Verträge nach § 125a Absatz 1 entsprechend Anwendung finden.

Zu Nummer 74

Zu Buchstabe a

Im Heilmittelbereich besteht die Verpflichtung der Heilmittelerbringer, die vertragsärztlichen Verordnungen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Auch nur geringfügige formale Fehler der Heilmittelverordnung können für die Heilmittelerbringer zu Vergütungskürzungen führen, obwohl sie die Leistung an sich ordnungsgemäß erbracht haben. Dies kann zu erheblichen Verwaltungsaufwand und Rechtsunsicherheit für Krankenkassen und Heilmittelerbringer führen. Insbesondere bei geringfügigen formalen Fehlern kann es unverhältnismäßig sein, dem Heilmittelerbringer die Vergütung für die ansonsten ordnungsgemäß erbrachte Leistung vollständig oder teilweise zu versagen.

Bereits mit dem GKV Versorgungsstärkungsgesetz, und damit noch vor der Übertragung der einheitlichen Versorgung mit Heilmitteln auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wurden die Vertragspartner der gemeinsamen Rahmenverträge im Heilmittelbereich verpflichtet, Vorgaben zu den notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung zu vereinbaren (BT-Drs. 18/4095, S. 117). Damit sollten insbesondere Rechnungskürzungen in nicht berechtigten Fällen sowie Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler vermieden werden. An diese Zielsetzung knüpft die Neuregelung an und ergänzt die bestehenden Vorgaben um den ausdrücklichen Auftrag an die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 dahingehend, die Fälle festzulegen, in denen bei Beanstandungen der Abrechnung eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt.

Damit sollen mehr Rechtssicherheit für Krankenkassen und Heilmittelerbringer geschaffen, eine einheitliche Retaxationspraxis unterstützt und unverhältnismäßiger Verwaltungsaufwand zukünftig vermieden werden.

Zu Buchstabe b

Um die zeitnahe Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe sicherzustellen, wird den Vertragsparteien eine Vereinbarungsfrist vorgegeben. Mit Ablauf der Frist geht die Festlegung von Fallkonstellationen, in denen es nicht zu einer vollständigen oder nur zu einer teilweisen Retaxation kommen soll, auf die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 über.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 71d. Die Regelungen zur konkreten Bildung und Zusammensetzung der Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 sowie die Bezeichnung der zuständigen Aufsicht bleiben in der Spezialnorm erhalten. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind als Wiederholungen zu streichen.

Zu Nummer 75

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Präqualifizierung ist ein zentrales Instrument zur Sicherung der Qualität der Hilfsmittelversorgung. Sie stellt eine vorgelagerte, auftragsunabhängige Prüfung der fachlichen, personellen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln dar. Eine auf ihr basierende Konformitätsentscheidung berechtigt Leistungserbringer zum Vertragsschluss mit Krankenkassen und somit zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Angesichts dieser erheblichen Tragweite für die Rechtsstellung der Leistungserbringer und der daraus resultierenden Versorgungsbefugnis - sofern ein Vertrag nach § 127 geschlossen wird -, sind Überwachungstätigkeiten während der Geltungsdauer des Zertifikats unerlässlich. Sie stellen die fortbestehende Eignung der Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten sicher. Ziel der Regelung ist daher ausdrücklich nicht der Verzicht auf Überwachung, sondern eine sachgerechte und effiziente Ausgestaltung von Art und Umfang der Überprüfung.

In der Praxis wird § 126 SGB bislang so ausgelegt, dass während der laufenden Geltungsdauer des Zertifikats bei bestimmten Leistungserbringergruppen anlasslose Betriebsbegehungen zur Überprüfung der Präqualifizierungsvoraussetzungen durchgeführt werden müssen. Dies erfordert eine klarere Abgrenzung zwischen der initialen Erstprüfung und der laufenden Überwachung. Betriebsbegehungen stellen einen intensiven Eingriff in die betriebliche Organisation dar und belasten die Betriebe finanziell, personell und zeitlich. Nach erfolgter Präqualifizierung stehen jedoch mildere und gleichermaßen geeignete Mittel zur Verfügung, wie beispielsweise dokumentenbasierten Prüfungen und ausschließlich anlassbezogenen Kontrollen.

Die Klarstellung schließt daher anlasslose Betriebsbegehungen im Rahmen der Überwachung aus, ohne die qualitätssichernde Funktion des Präqualifizierungsverfahrens zu beeinträchtigen. Stattdessen wird die Vor-Ort-Kontrolle auf sachgerechte Ausnahmefälle konzentriert. Betriebsbegehungen sollen ausdrücklich bei Vorliegen besonderer Anlässe zulässig bleiben. Etwa, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Präqualifizierungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, oder wenn der Leistungserbringer wesentliche Änderungen der Betriebsverhältnisse vornimmt, die ihrer Bedeutung nach die Grundlage der ursprünglichen Präqualifizierungsentscheidung berühren und einer Neupräqualifizierung gleichstehen.

Die Regelung entfaltet ein erheblich Entlastungspotenzial sowohl für die betroffenen Leistungserbringer als auch für die Präqualifizierungsstellen. Ressourcen können gezielt auf risikobehaftete und auffällige Fälle konzentriert werden, während zugleich eine verlässliche und planbare Rechtsposition für präqualifizierte Betriebe erhalten bleibt. Damit wird die Präqualifizierung in ihrer Funktion als befristeter, qualitätsgesicherter Eignungsnachweis gestärkt und zugleich ein risikobasiertes, verhältnismäßiges Kontrollsystem etabliert, das sich an bewährten Strukturen ausanderen Rechtsgebieten mit vergleichbaren Anerkennungs- und Zulassungsstrukturen orientiert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Präqualifizierung ist die Voraussetzung für eine Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Mit ihr wird die grundsätzliche Eignung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nachgewiesen. Nur präqualifizierte Leistungserbringer dürfen Verträge über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten nach § 127 Absatz 4 schließen, auf deren Grundlage versorgt wird. Alle zum Vertragsschluss berechtigten Leistungserbringer finden sich in der vom GKV-Spitzenverband verwalteten Präqualifizierungsdatenbank. Nach § 340 Absatz 1 Satz 2 sind darüber hinaus nur Leistungserbringerinstitutionen, mit denen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch Verträge zur Leistungserbringung bestehen, zum Erhalt einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 berechtigt. Die Präqualifizierungsdatenbank ist somit auch ein geeigneter Anknüpfungspunkt, um zentral festzustellen, welche Leistungserbringer berechtigt sind, Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zur Nutzung in der Telematikinfrastruktur zu erhalten.

Durch die Änderung wird der GKV-Spitzenverband befugt, die Daten der Präqualifizierungsdatenbank den zuständigen Stellen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 zur Ausübung ihrer bestätigenden Funktion zur Verfügung zu stellen.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 1c

Das Präqualifizierungserfordernis soll die Strukturqualität der ambulanten Hilfsmittelversorgung sicherstellen.

In zugelassenen teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, ist die Qualität der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten bereits auf anderen Wegen gewährleistet. So unterliegen stationäre Pflegeeinrichtungen in der Regel der Überwachung durch die nach Landesrecht für die Heimaufsicht zuständigen Stellen und werden die Versicherten in den Einrichtungen regelhaft von ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal pflegerisch versorgt. Zudem wird bei den externen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI bewertet, ob der versorgten Person entsprechend ihrem Kontinenzprofil geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Die Produktqualität der Hilfsmittel wird zusätzlich dadurch sichergestellt, dass nicht präqualifizierte teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausschließlich Produkte präqualifizierter Hersteller oder Leistungserbringer ab- und weitergeben. Eine Herstellung oder Zurichtung der Produkte finden in den Einrichtungen nicht statt.

Zum Zwecke des Bürokratierückbaus entfällt daher zukünftig das Erfordernis einer Präqualifizierung von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, soweit aufsaugende Inkontinenzprodukte präqualifizierter Leistungserbringer an Bewohnerinnen und Bewohner abgegeben werden.

Zu Absatz 1d

Hilfsmittel dürfen nur von solchen Leistungserbringern abgegeben werden, die die Voraussetzungen für eine ausreichende zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen und über einen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse der Versicherten verfügen. Die grundsätzliche Eignung ist in der Regel durch eine Präqualifizierung nachzuweisen. Die Informationen über erteilte, zurückgezogene oder ausgesetzte Präqualifizierungen werden in einer zentral durch den GKV-Spitzenverband verwalteten Datenbank gesammelt und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt, die ihrer-

seits hieraus die grundsätzliche Eignung des jeweiligen Leistungserbringers ersehen können.

Leistungserbringer, die nach diesem Gesetz ihre Eignung nicht durch eine Präqualifizierung nachweisen müssen, können nach derzeitigem Stand in der Datenbank nicht abgebildet werden.

Das führt dazu, dass vor Vertragsschluss durch jede Krankenkasse separat zu prüfen ist, ob der potenzielle Vertragspartner trotz fehlender Präqualifizierung über die grundsätzliche Eignung zur Leistungserbringung nach § 126 Absatz 1 Satz 2 verfügt. Darüber hinaus kann es zu Problemen in bestehenden Vertragsverhältnissen kommen, etwa wenn mit Hinweis auf eine fehlende Präqualifizierung keine Abrechnung eingereichter Versorgungen erfolgt oder Rechnungen erst nach vorheriger Prüfung der Eignungsvoraussetzungen freigegeben werden.

Daher haben alle Leistungserbringer, die zwar über eine entsprechende Eignung verfügen, diese aber nach diesem Gesetz nicht gesondert in einem Präqualifizierungsverfahren nachzuweisen haben, dies einmalig von einer Präqualifizierungsstelle bestätigen zu lassen. Diese Informationen sind dem GKV-Spitzenverband entsprechend seiner Vorgaben zu übermitteln, um sie für die Präqualifizierungsdatenbank nutzbar zu machen.

So können bestehende digitalisierte Prüfprozesse weiter genutzt, Verzögerungen und Konflikte in bestehenden Vertragsverhältnissen verhindert, und der mit dem Wegfall der Präqualifizierungspflicht für einige Leistungserbringergruppen ansonsten einhergehende Prüfaufwand hinsichtlich des Bestehens der grundsätzlichen Eignungsvoraussetzungen zur Leistungserbringung vermieden werden.

Zu Nummer 76

Zu § 127 (Verträge)

Zu Absatz 1

Die Vertragslandschaft im Hilfsmittelbereich ist geprägt von einer Vielzahl unterschiedlicher Verträge. Diese Vielfalt führt nicht selten für die Beteiligten zu Unübersichtlichkeit und erheblichen bürokratischen Aufwänden, insbesondere im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Pflege der unterschiedlichen Verträge sowie der Ausführung der unterschiedlichen Vertragsbestimmungen. Hierdurch werden nicht nur bürokratie- und aufwandsarme Vertragsbeitritte der Leistungserbringer, sondern auch ein effektives Vertragscontrolling der Krankenkassen erschwert.

Die Regelung im neuen § 127 Absatz 1 dient sowohl dem Bürokratierückbau als auch der Schaffung von mehr Transparenz im Vertragsgeschehen für Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte. Dabei sollen administrative Verfahren und Prozesse unter Ausschöpfung der digitalen Möglichkeiten vereinheitlicht und optimiert werden. Wettbewerbsrelevante Aspekte wie die Preisgestaltung oder besondere Qualitätsvorgaben sind dabei zur Stärkung eines Preis- und Qualitätswettbewerbs im Hilfsmittelbereich weiterhin den Verhandlungen der jeweiligen Verträge nach dem neuen § 127 Absatz 4 überlassen.

Im Vergleich zu den bisher geltenden Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 9 (alt) werden der Umfang der zu vereinheitlichenden Themenkomplexe konkretisiert und die Verbindlichkeit durch die Ausgestaltung als Rahmenvertrag erhöht.

Sofern eine einheitliche oder produktgruppenübergreifende Vereinbarung aufgrund produktgruppen- oder versorgungsspezifischer Besonderheiten nicht sachgerecht erscheint, können für die jeweiligen Produktgruppen oder Versorgungsbereiche unter Beteiligung der

jeweils maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer gesonderte Inhalte festgelegt werden.

Zu den Rahmenvertragsinhalten zählen neben der inhaltlichen und formalen Ausgestaltung sowie Verwendung sämtlicher Formulare und Dokumentationsbögen wie Beratungsdokumentationen, Mehrkostenerklärungen und Erhebungsbögen, auch die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Dauerversorgungen. Das betrifft unter anderem den Umgang mit Dauer- und Folgeverordnungen oder das Verfahren nach Ablauf vertraglich festgelegter Fallpauschalzeiträume und anschließender Weiterversorgung.

Außerdem sind einheitliche Vorgaben zu Art, Umfang und Übermittlungsart der abrechnungsbegründenden Unterlagen festzulegen, wobei ausschließlich elektronische Übermittlungswege zu nutzen sind, um Medienbrüche innerhalb der Abrechnungsprozesse zu vermeiden.

Darüber hinaus haben sich die Rahmenvertragspartner auch über Mindestgenehmigungsfreigrenzen für Hilfsmittel zu verständigen. Im Hilfsmittelbereich kommt es jährlich zu mehr als 30 Millionen Versorgungsfällen. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Versorgungsfälle fallen aufgrund niedriger Abgabepreise nur geringe Kosten für die GKV an. In diesen Fällen kann zur Begrenzung des Aufwands bei Leistungserbringern und Krankenkassen für die Erstellung von Kostenvoranschlägen und Genehmigungsverfahren eine Genehmigungspflicht entfallen. Die einheitlichen für Genehmigungsfreigrenzen können auch produktgruppenspezifisch unterschiedlich ausgestaltet werden. Bei den vereinbarten Genehmigungsfreigrenzen handelt es sich um Mindestwerte, von denen in den jeweiligen Einzelverträgen nach § 127 Absatz 4 und Absatz 7 SGB nach oben abgewichen werden kann.

Die Rahmenvertragspartner haben ferner das Nähere zum Wiedereinsatz zu vereinbaren, die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung sowie die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form.

Darüber hinaus sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung elektronischer Kostenvoranschläge zu bestimmen, die festzulegen haben, dass für die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 wie KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) zu nutzen sind, sobald diese flächendeckend zur Verfügung stehen. Spätestens bis zu diesem Zeitpunkt sind auch die zu übermittelnden Inhalte des elektronischen Kostenvoranschlags zu harmonisieren.

Weiter sollen Heilungsmöglichkeiten von rein formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung ohne Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten bestimmt und die notwendigen Regelungen über den Austausch der für die ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlichen Versichertendaten wie Informationen zu Zuzahlungsbefreiung und der Lieferanschrift unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben getroffen werden.

Die Regelungen des Rahmenvertrages werden verbindlicher Bestandteil aller Verträge im Hilfsmittelbereich. Abweichungen hiervon sind anders als bei den bisher geltenden Rahmenempfehlungen nicht möglich.

Zu Absatz 2

§ 127 Absatz 2 sieht eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens vor. Statt durch eine unabhängige Schiedsperson, die nach bisherigem Recht im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien über den streitigen Vertragsinhalt entschieden hat, erfolgt die Konfliktlösung zukünftig durch eine dauerhaft eingerichtete Schiedsstelle.

Der Rahmenvertrag nach § 127 Absatz 1 wird bundesweit Bestandteil aller Hilfsmittelverträge. Damit haben Schiedssprüche überregionale und produktgruppenübergreifende Bedeutung. Vor diesem Hintergrund ist die Errichtung einer festen Stelle zur Konfliktlösung, an der alle Vertragspartner beteiligt sind, sachgerecht.

Die Schiedsstelle wird von Amts wegen tätig, wenn der Rahmenvertrag nach § 127 Absatz 1 nicht bis 18 Monate nach Inkrafttreten oder bis zum Ablauf einer von den Vertragsparteien vereinbarten Vertragslaufzeit zustande kommt. Die Schiedsstelle wird ferner auf Antrag einer der Vertragsparteien tätig, wenn eine der Rahmenvertragsparteien beispielsweise aufgrund von Änderungen äußerer Umstände zu Neuverhandlungen des Rahmenvertrages als Ganzes oder von Teilen des Vertrages auffordert und eine Einigung nicht innerhalb von drei Monaten erfolgt. Darüber hinaus kann die Schiedsstelle auch durch das Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden, wenn die Rahmenvertragsparteien es versäumen, geänderte gesetzliche Vorgaben insbesondere zum Inhalt des Rahmenvertrages innerhalb einer angemessenen Frist von drei Monaten nach deren Inkrafttreten umzusetzen. Wird die Schiedsstelle auf Antrag tätig, hat sie innerhalb von drei Monaten ab Antragstellung über die Inhalte, über die keine Einigung erzielt werden konnte, oder die trotz gesetzlicher Vorgabe nicht umgesetzt wurden, zu entscheiden.

Sind durch die Schiedsstelle versorgungsbereichs- oder produktgruppenspezifische Inhalte festzulegen, sollen nur die jeweils betroffenen Leistungserbringervertretungen am Verfahren mitwirken. Die unparteiischen Mitglieder sind für alle Versorgungs- und Produktbereiche zuständig.

Zu Absatz 3

§ 127 Absatz 3 regelt die nähere Ausgestaltung der Schiedsstelle. Sie setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der Hilfsmittelleistungserbringer und Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammen. Um die Diversität und Heterogenität des Hilfsmittelbereichs abzubilden und eine Interessenvertretung aller relevanten Versorgungsbereiche sicherzustellen, ist auf eine ausreichende Repräsentation der verschiedenen Versorgungsbereiche bei der Auswahl der Mitglieder der Hilfsmittelleistungserbringer in besonderem Maße zu achten. Zur Gewährleistung der rechtzeitigen Bildung der Schiedsstelle ist hierfür eine Frist bis 6 Monate nach Inkrafttreten vorgesehen. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter können aus wichtigem Grund vom Bundesministerium für Gesundheit abberufen werden. Die Kosten der Schiedsstelle sind von den jeweiligen am Verfahren beteiligten Vertragsparteien jeweils zur Hälfte zu tragen. Die Kosten, die den Vertragsparteien durch die bestellten Mitglieder der Schiedsstelle entstehen, habe diese selbst zu tragen. Die Amtsdauer wird auf vier Jahre festgelegt. So soll eine Kontinuität der Entscheidungspraxis der Schiedsstelle gewährleistet werden. Im Übrigen gilt § 71 d.

Zu Absatz 4

Der bisherige Absatz 1 wird der neue Absatz 4.

Vereinbarungen zum „Wiedereinsatz“ sind zukünftig nicht mehr Bestandteil der dezentralen Hilfsmittelverträge, sondern werden zentral und einheitlich im Rahmenvertrag nach dem neuen Absatz 1 geregelt. Bei der Ersetzung in Absatz 4 Satz 1 handelt es sich um eine klarstellende Angleichung der Begrifflichkeiten an § 33 Absatz 1 Satz 5.

Die Streichung des § 127 Absatz 4 Satz 2 dient der Rechtsbereinigung. Der Rechtsrahmen nach § 28b Infektionsschutzgesetz für Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus ist zum 8. April 2023 ausgelaufen. Seitdem gibt es keine Verpflichtung der Hilfsmittelleistungserbringer mehr zur Durchführung erhöhter Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie. Vereinbarungen zum Ausgleich der dadurch verursachten Kosten sind nicht mehr notwendig.

Bei der Änderung in Absatz 4 Satz 4 handelt sich um eine notwendige Folgeregelung zur Aufnahme der Beratung der Versicherten über die Auswahl der für ihre konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und damit verbundenen zusätzlich zur Bereitstellung erforderlichen Dienstleistungen in § 33 Absatz 1 Satz 5 sowie um eine klarstellende Angleichung der Begrifflichkeiten an § 33 Absatz 1 Satz 5.

Die Vorgabe ein einheitliches, verbindliches Verfahren für die unionsweite Bekanntmachung der Absichten der Krankenkassen über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, wurde vom GKV-Spitzenverband zum 30. September 2020 umgesetzt. Der Fristsetzung in Absatz 4 Satz 7 bedarf es daher nicht mehr, weshalb sie aus Gründen der Rechtsbereinigung gestrichen wird.

Zu Absatz 5

Der bisherige Absatz 1a wird der neue Absatz 5.

Die aufgrund der bundesweiten Bedeutung des Rahmenvertrages nach Absatz 1 geschaffene Schiedsstelle soll künftig auch für die Konfliktlösung im Rahmen der Verhandlungen der dezentralen Hilfsmittelverträge zuständig sein. So besteht die Möglichkeit Detailwissen zur Hilfsmittelversorgung in der Schiedsstelle aufzubauen und zu bündeln. Schiedsverfahren werden beschleunigt und eine einheitliche Schiedsspruchpraxis im Sinne einer gesteigerten Rechtssicherheit erreicht. Zudem entfallen die bisher in der Praxis häufig als langwierig und zäh wahrgenommenen Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Benennung der Schiedsperson.

Zu Absatz 6

Der bisherige Absatz 1b wird der neue Absatz 6, der lediglich redaktionell aufgrund von Änderungen, die an der Struktur des § 127 mit diesem Gesetz vorgenommen werden, angepasst wird.

Zu Absatz 7

Der bisherige Absatz 2 wird der neue Absatz 7. Insoweit bedarf es redaktioneller Anpassungen von Verweisen aufgrund von mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen.

Zu Absatz 8

Der bisherige Absatz 3 wird zu dem neuen Absatz 8. Insoweit bedarf es redaktioneller Anpassungen von Verweisen aufgrund von mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen.

Zu Absatz 9

Der bisherige Absatz 4 wird der neue Absatz 9.

Zu Absatz 10

Der bisherige Absatz 5 wird der neue Absatz 10, der aufgrund der vorangegangenen Absätze redaktionell angepasst wird.

Notwendig ist eine Folgeregelung zur Aufnahme der Beratung der Versicherten über die Auswahl der für ihre konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und damit verbundenen zusätzlich zur Bereitstellung erforderlichen Dienstleistungen in § 33 Absatz 1 Satz 5 sowie um eine klarstellende Angleichung der Begrifflichkeiten in § 33 Absatz 1 Satz 5.

Die Beratungsdokumentation soll künftig nicht mehr an die schriftliche oder elektronische Form gebunden sein, sondern in Textform erfolgen können. Damit wird sichergestellt, dass jede lesbare Erklärung unabhängig von ihrer Übermittlungsart von den Krankenkassen zu akzeptieren ist und die gesetzlich vorgeschriebene Unterschrift der Versicherten mittels einfachem Unterschriftenpad ohne entsprechende qualifizierte elektronische Signatur erfolgen kann. Ziel ist eine Verwaltungsvereinfachung im Rahmen der Datenerhebung und Datenverwaltung seitens der Leistungserbringer.

Die Verpflichtung zur regelhaften Übermittlung der Beratungsdokumentation dient der Überprüfbarkeit der Einhaltung der Beratungspflicht durch die Krankenkassen, die so bereits frühzeitig eventuelle Auffälligkeiten im Rahmen der Beratung erkennen und ahnden können. Die Übermittlung hat elektronisch zu erfolgen. Hiervon unberührt bleibt das Recht der Vertragspartner nach § 127 zur Begrenzung des Verwaltungsaufwandes bei Versorgungen innerhalb des Sachleistungsprinzips auf die Beratungsdokumentation in bestimmten Fällen zu verzichten, etwa bei Versorgungen unterhalb bestimmter Wertgrenzen oder aufgrund von Folgeverordnungen bei unverändertem Krankheitsbild.

Zu Absatz 11

Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 11 und neu gefasst.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt regelmäßig in hochsensiblen Lebensbereichen, die geprägt sind von individuell ausgeformten Beeinträchtigungen, Bedürfnissen und Bedarfen. Daher kann die Auswahl der Hilfsmittel und der damit verbundenen begleitenden Dienstleistungen grundsätzlich nur unter enger Einbeziehung der Betroffenen erfolgen.

Mit der Neufassung werden die Informationspflichten der Krankenkassen konkretisiert, um alle Versicherten in die Lage zu versetzen, eine informierte, mündige Entscheidung über ihre Hilfsmittelversorgung treffen zu können. Dazu muss für die Versicherten zum einen der Verfahrensweg von der Feststellung des Bedarfs bis zur Versorgung mit dem Endprodukt transparent aufbereitet werden sowie eine umfassende Aufklärung über ihre Rechte, Pflichten und Ansprüche erfolgen. Dazu gehören beispielsweise der Anspruch auf individuelle Beratung in Bezug auf die konkrete Versorgungssituation durch den Leistungserbringer, das Recht auf mehrkostenfreie Angebote, aber auch Informationen über möglicherweise anfallende Zuzahlungen, Eigenanteile und Mehrkosten. Darüber hinaus müssen die Versicherten die Gelegenheit haben, sich sowohl vorab als auch während des Versorgungsprozesses über die Vertragspartner ihrer und anderer Krankenkassen einschließlich der für sie wesentlichen Leistungskonditionen zu informieren, um ihre Wahlfreiheit tatsächlich ausüben zu können.

Zu den für die Versicherten wesentlichen Konditionen gehören neben einer anwenderorientierten leicht verständlichen Produktbezeichnung auch Angaben zur jeweiligen Versorgungsregion, zu Öffnungszeiten, zur Erreichbarkeit der Leistungserbringer auch außerhalb der Geschäftszeiten, zu Notdiensten, zur Barrierefreiheit sowie zu zentralen Liefer- und Versorgungsmodalitäten wie Lieferfristen, zu Schulungs- und Beratungsangeboten, zur Möglichkeit von Hausbesuchen sowie zu Zusatzqualifikationen des bei dem Leistungserbringer beschäftigten Personals. Die Verpflichtung zur Information über diese Inhalte steht unter dem Vorbehalt, dass sie tatsächlich Bestandteil des Vertrages sind.

Um den Sinn und Zweck der Regelung erfüllen zu können, sind die Informationen in möglichst verständlicher und übersichtlicher Art und Weise bereitzustellen. Die Zurverfügungstellung kompletter Vertragstexte wird dieser Vorgabe nicht gerecht.

Zu Absatz 12

Der bisherige Absatz 7 wird – unter Anpassungen des Wortlauts – der neue Absatz 12.

Die Krankenkassen sind im Bereich der Hilfsmittelversorgung verpflichtet, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer, mit denen sie Verträge geschlossen haben, zu überwachen und zu diesem Zweck Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen vorzunehmen. Hierzu stehen den Krankenkassen bereits nach der bisherigen Rechtslage unterschiedliche Instrumente zur Durchführung des Vertragscontrollings und der Qualitätssicherung zur Verfügung. Mit der Nennung der Versichertenbefragungen als insbesondere anzuwendendes Überwachungsmittel wird hervorgehoben, dass neben der objektiven Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Vertragsinhalte auch die subjektive Versorgungszufriedenheit der Versicherten im Rahmen der Qualitätsprüfungen zu erheben und auszuwerten ist.

Die Auswertung der Überwachungsergebnisse soll im engen Austausch mit den Leistungserbringern und beratungsorientiert erfolgen. Ziel ist es dabei, auf bestehende Versorgungs- und Qualitätsdefizite bei den Leistungserbringern aufmerksam zu machen und diese durch den direkten Austausch möglichst kurzfristig und bürokratiearm beheben zu können.

Zu Absatz 13, Absatz 14 und Absatz 15

Prüfungen des BRH und des BAS haben ergeben, dass viele Krankenkassen ihren Überwachungspflichten nur unzureichend nachkommen. Vor diesem Hintergrund werden die gesetzlichen Vorgaben für die Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen eindeutiger als bisher gefasst:

Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag, jedes Jahr innerhalb einer vorgegebenen Frist einen Versorgungsbereich festzulegen, in dem die Krankenkassen im Folgejahr zwingend Qualitätsprüfungen vorzunehmen haben. Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung von anlassbezogenen Auffälligkeitsprüfungen nach § 127 Absatz 12 auch in anderen Versorgungsbereichen bleibt hiervon unberührt. Um der Patientenperspektive im Rahmen dieser Prüfungen einen besonderen Stellenwert einzuräumen, sind bei der Auswahl des Versorgungsbereichs die maßgeblichen Patientenorganisationen und Selbsthilfezusammenschlüsse zu beteiligen.

Die bestehenden, aber bisher unverbindlichen Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung vom GKV-Spitzenverband werden in verbindliche Richtlinien überführt und konkretisiert. So werden eine gemeinsame Grundlage für die Prüfungen geschaffen und aussagekräftige Ergebnisse über die Qualität der gesamten Hilfsmittelversorgung ermöglicht.

Nach Abschluss der Prüfungen übermitteln die Krankenkassen die Ergebnisse ihrer Prüfungen sowie Informationen über die im Anschluss mit den Leistungserbringern geführten Auswertung an den GKV-Spitzenverband. Dieser erstellt auf der Basis der durch die Krankenkassen übermittelten Ergebnisse einen Bericht zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung. Durch den jeweiligen Fokus auf einen bestimmten Versorgungsbereich können die Erkenntnisse des Berichts sowohl als Grundlage für anstehende Vertragsverhandlungen als auch der Förderung innovativer Leistungs- und Versorgungskonzepte dienen.

Um den Krankenkassen die Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu erleichtern, werden die Leistungserbringer verpflichtet, die von den Versicherten unterzeichneten Beratungsdokumentationen nicht nur auf Verlangen der Krankenkasse, sondern in jedem Versorgungsfall vorzulegen. Die Übermittlung hat nach § 127 Absatz 12 Satz 4 zur Begrenzung des Verwaltungsaufwands elektronisch zu erfolgen.

Die Einführung der Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes und der für die Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zur Abgabe von Rahmenempfehlungen im bisherigen Absatz 9 diente dem Bürokratierückbau durch Vereinfachung und Vereinheitlichung von Modalitäten der Durchführung und Abrechnung der

Versorgung mit Hilfsmitteln. Dieser Zweck geht nun in der im neuen § 127 Absatz 1 geschaffenen Verpflichtung zur Schließung eines Rahmenvertrages auf und wird dort noch weiter konkretisiert. Mithin bedarf es der Rahmenempfehlungen nicht mehr.

Zu Nummer 77

Durch die Streichung des § 128 Absatz 4a Satz 2 sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind nunmehr berechtigt an der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln teilzunehmen ohne vorher ihre Eignung für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln mittels eines Präqualifizierungsverfahrens im Sinne von § 126 Absatz 1a nachweisen zu müssen.

In aller Regel wird die Hilfsmittelversorgung durch Hilfsmittelleistungserbringer sichergestellt. Eine Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt nur selten und nur in wenigen Produktgruppen bei der Abgabe von Kontaktlinsen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde und der Versorgung mit Hörhilfen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde im Rahmen des verkürzten Versorgungswegs. In diesen Fällen ist die Eignung zur Versorgung der Versicherten durch die Vertragsarzttätigkeit sowie geltende Vereinbarungen und Richtlinien bereits hinreichend gesichert.

Die Abgabe von Kontaktlinsen gehört nach gefestigter Rechtsprechung und entsprechend einschlägiger Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften zu den üblichen augenärztlichen Tätigkeiten, zu denen die die Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde befähigt sind.

Eine in der Qualität gesicherte Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde im verkürzten Versorgungsweg wird zum einen durch die Zusammenarbeit mit präqualifizierten Hörakustikerinnen und Hörakustikern sichergestellt. Zum anderen werden bereits in der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 zur Hörgeräteversorgung vom 21. März 2012 in der ab dem 1. April 2019 gültigen Fassung die für eine qualitative Hörhilfenversorgung erforderliche Maßnahmen normiert. Darüber hinaus beschreibt auch die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung des G-BA nach § 92 Absatz 1 Nummer 6 Anforderungen an die für eine Hörhilfenversorgung notwendige apparative Ausstattung.

Daher wird zur Vermeidung von Doppelprüfungen im Sinne eines Bürokratierückbaus künftig auf die Pflicht zur Präqualifizierung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verzichtet.

Ungeachtet dessen haben vertragsärztliche Leistungserbringer auch weiterhin die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der damit in Zusammenhang stehenden Dienstleistungen bei der Versorgung der Versicherten zu beachten.

Zu Nummer 78

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen wie die Bezeichnung der zuständigen Aufsicht bleiben in § 129 erhalten.

Zu Nummer 79

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 oder der Rechtsverordnung des BMG zur Erstattungsfähigkeit der Anwendung des Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe gilt, wenn auf dieser Grundlage eine Nutzenbewertung erfolgt und ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart worden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 130b Absatz 3a Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 130b Absatz 3a Satz 4.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen sind als Wiederholungen zu streichen. Zudem wird redaktionell die Einfügung des neuen § 130b Absatz 3a Satz 4 nachvollzogen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 130b Absatz 3a Satz 4.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen sind als Wiederholungen zu streichen. Die verbleibenden Regelungen in § 130b Absatz 5 und 6 bilden die Besonderheiten der Schiedsstelle nach § 130b im Vergleich zur allgemeinen Regelung nach § 71d ab und dienen im Wesentlichen der Beibehaltung des bisherigen Rechtszustands.

§ 130b Absatz 5 Satz 2 bis 4 betrifft die Zusammensetzung der Schiedsstelle und unterscheidet zwischen den Vertretern der Vertragsparteien der Erstattungsbetragsvereinbarung einerseits und den unparteiischen Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden andererseits. Die Vertreter der Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischer Unternehmer) werden von diesen „ad hoc“ für das jeweilige Verfahren bestellt. Ihre Amtszeit endet abweichend von § 71d Absatz 2 Satz 5 mit dem Schiedsspruch (§ 2 Absatz 2 Schiedsstellenverordnung). Die unparteiischen Mitglieder werden demgegenüber einvernehmlich durch die Trägerverbände nach § 130b Absatz 5 Satz 1 bestellt, also den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene. Bei fehlender Einigung kommt das Verfahren nach § 71d Absatz 2 Satz 4 in Verbindung mit § 71b Absatz 6 Satz 3 zur Anwendung. Die Amtsdauer der unparteiischen Mitglieder richtet sich nach § 71d Absatz 2 Satz 5 und beträgt vier Jahre.

§ 130b Absatz 5 Satz 5 erhält das Recht der Patientenorganisationen zur beratenden Teilnahme an Schiedsstellensitzungen. § 130b Absatz 6 regelt die Aufsichtszuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit und behält das geltende Genehmigungserfordernis für die Geschäftsordnung der Schiedsstelle bei. Zudem wird klargestellt, dass das Benehmen hinsichtlich der Geschäftsordnung mit den Verbänden nach § 130b Absatz 5 Satz 1 herzu-

stellen ist. Gemäß § 71d Absatz 4 Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

Zu Nummer 80

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen wie die hier von § 71d abweichende Besetzung der Schiedsstelle bleiben in § 131 erhalten.

Zu Nummer 81

Bei der Änderung in Satz 4 handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71a. Die bereits im neuen § 71a zu findenden Regelungen wie das Verfahren zur Bestimmung der Schiedsperson bei Nichteinigung der Vertragspartner, sind als Wiederholungen zu streichen.

Durch den neuen Satz 6 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. In der Versorgungspraxis treten oftmals Probleme auf, wenn ein Vertragspartner eine Modifikation des bisherigen Vertrags anstrebt. Dann muss der daran interessierte Vertragspartner den bisherigen Vertrag kündigen. In vielen anderen Fällen sind Vergütungsvereinbarungen befristet und laufen auch ohne Kündigung zu einem bestimmten Zeitpunkt aus. In beiden Fällen ist nicht sichergestellt, dass der neue Vertrag nach der Neuverhandlung zum Zeitpunkt des Außerkrafttretens des bisherigen Vertrags (kraft Kündigung oder Befristung) nahtlos an den alten Vertrag anschließt. Dadurch entstanden in der Vergangenheit für die Vertragspartner schwer erträgliche Schwebezustände. Durch diese Schwebezustände ist die Versorgung der Versicherten gefährdet, falls eine Seite die interimsweise Fortführung der Versorgung mangels aktuell bestehenden Vertrags ablehnt.

Zu Nummer 82

Im Bereich der Rahmenvereinbarungen stellen die Neufassung von § 132a Absatz 2 und Aufhebung von § 132a Absatz 3 Folgeänderungen zur Einführung des § 71d dar. Die nunmehr im neuen § 71d verorteten Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, sind als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen, wie die Benennung der Besetzung der Schiedsstelle, bleiben in § 132a erhalten.

Im Bereich der Versorgungsverträge werden die Ausführungen zur Schiedsperson in den § 132a Absatz 4 Sätzen 11 bis 15 durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich und werden daher gestrichen.

Durch die Neuregelung in § 132a Absatz 4 Satz 12 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 83

Die Ausführungen zur Schiedsperson in § 132b Absatz 2 werden durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich und werden daher gestrichen. Stattdessen wird in § 132b Absatz 1 durch Ergänzung eines neuen § 132b Absatz 1 Satzes 2 auf die neue Generalnorm zur Schiedsperson § 71a verwiesen.

Durch die Neufassung von § 132b Absatz 2 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 84

Die Ausführungen zur Schiedsperson in Absatz 2 werden durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich und daher gestrichen. Stattdessen wird in Absatz 1 durch Ergänzung des Satzes 9 auf die neue Generalnorm zur Schiedsperson § 71a verwiesen. Die Spezialregelung, dass bei Nichteinigung auf eine Schiedsperson im Falle der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 das BAS die Schiedsperson zu bestimmen hat, bleibt durch Ergänzung des Satzes 10 erhalten.

Durch die Neufassung von Absatz 2 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 85

Die Frist in § 132e Absatz 1 Satz 6 für die Vertragsparteien sich auf einen Vertragsinhalt zu einigen, wird von drei Monaten auf zwei Monate verkürzt, um den Abschluss der Verträge zu beschleunigen. Ohne die Verträge nach § 132e Absatz 1 wird die Versorgung der Bevölkerung mit Schutzimpfungen signifikant erschwert, sodass eine kürzere Frist gerechtfertigt ist. Dies gilt insbesondere bei Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu saisonalen Impfungen, damit die Versorgung mit diesen kurzfristig gewährleistet werden kann. Daneben wird in Satz 6 redaktionell auf den eingeführten § 71a verwiesen.

Um einen schnellen Abschluss der Verträge nach § 132e Absatz 1 zur Versorgung der Bevölkerung mit Schutzimpfungen zu gewährleisten sind beschleunigende Sonderregelungen zu § 71a erforderlich. Mit dem neuen § 132e Absatz 1 Satz 7 wird zunächst eine Frist von zwei Wochen für die Vertragsparteien nach § 132e Absatz 1 Satz 1 zur Einigung auf eine Schiedsperson eingeführt. Hierdurch wird verhindert, dass durch lange Verhandlung über eine Schiedsperson der Abschluss von Verträgen nach § 132e Absatz 1 unabsehbar verzögert wird. Die vertragsschließende Krankenkasse oder der vertragsschließende Verband der Krankenkassen müssen ihre jeweils zuständige Aufsichtsbehörde unverzüglich informieren, wenn sich die Vertragsparteien nicht innerhalb dieser Frist auf eine Schiedsperson einigen konnten. Hierdurch wird sichergestellt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde über die Hemmnisse bei den Vertragsschlüssen informiert wird. Für die Unverzüglichkeit gilt die Wertung von § 121 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Nach § 132e Absatz 1 Satz 8 wird die in § 73a Absatz 2 Satz 1 vorgesehene Monatsfrist für die Festlegung einer Schiedsperson auf zwei Wochen verkürzt. Bei den Verträgen nach § 132e Absatz 1 handelt es sich um vielfach abgeschlossene Verträge und aufgrund der grundlegenden Vergleichbarkeit von Schutzimpfungen, ist eine kürzere Frist zur Bestimmung der Schiedsperson angemessen.

Über § 132e Absatz 1 Satz 9 wird die Frist zur Bestimmung des Vertragsinhalts durch die Schiedspersonen von den in § 73a Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen drei Monaten auf einen Monat verkürzt. Der Schiedsperson stehen aufgrund der Vielzahl von Schutzimpfungen bereits eine Vielzahl von vergleichbaren Vertragsgestaltungen zu Verfügung. Daher ist eine Monatsfrist zur Bestimmung des Vertragsinhalts ausreichend.

Zu Nummer 86

Die detaillierten Ausführungen zur Schiedsperson in den § 132i Sätzen 3 bis 5 werden durch die zentrale Regelung im neuen § 71a entbehrlich und werden daher gekürzt.

Durch die Neuregelung in § 132i Satz 4 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 87

Der Verweis in Satz 5 auf § 132i wird als redaktionelle Folgeänderung aktualisiert. Die detaillierten Ausführungen zur Schiedsperson in § 132k Satz 5 werden durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich und werden daher gestrichen.

Durch die Neuregelung in §§ 132i Satz 4, 132k Satz 5 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 88

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Die zur Schiedsstelle der Rahmenempfehlungspartner in § 132l Absatz 3 und 4 erfolgenden Anpassungen stellen Folgeänderungen zur Einführung des § 71d dar. Die detaillierten Ausführungen zur Schiedsstelle in § 132l Absatz 4, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, werden durch die zentrale Regelung der Schiedsstelle im neuen § 71d entbehrlich und werden daher gestrichen. Spezialregelungen wie die Besetzung der Schiedsstelle sowie die Anzahl der Stimmen der Mitglieder bleiben in § 132l erhalten.

Zu Buchstabe c

Die zur Schiedsperson im Fall der Nichteinigung über den Inhalt des Versorgungsvertrages bislang in § 132l Absatz 6 bestehenden Regelungen werden durch die zentrale Regelung der Schiedsperson im neuen § 71a entbehrlich und daher gestrichen. Stattdessen wird in § 132l Absatz 5 ein neuer Satz 9 angefügt, der auf die Regelungen in § 71 verweist.

Zu Buchstabe d

Durch die Neufassung von § 132l Absatz 6 werden zukünftig vertragslose Zustände verhindert, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zu Nummer 89

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 90

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, dass Klagen gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle keine aufschiebende Wirkung haben und ein Vorverfahren nicht stattfindet, sind als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen wie die Möglichkeit der Stellungnahme durch den Verband der Privaten Krankenversicherung (Absatz 2 Satz 4) bleiben in § 134 erhalten.

Zu Nummer 91

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d. Spezialregelungen wie die Besetzung der Schiedsstelle und das bisher vorgesehene Losverfahren bleiben erhalten und die bisherige Praxis wird fortgeführt. Weiterhin entscheidet die Schiedsstelle, sofern die Vertragspartner nicht zu einer Vereinbarung eines Hebammenhilfevertrages gelangen. Für durch die Schiedsstelle festgesetzte Verträge gilt nach deren Ablauf wie bisher, dass im Falle eines erneuten Ausbleibens einer Einigung der Vertragspartner über den sich anschließenden Vertrag die Schiedsstelle nach § 71d entscheidet und der bisherige Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle vorläufig weiter gilt. § 71d Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung.

Zu Nummer 92

Die Streichung von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erfolgt, da der G-BA den gesetzlichen Auftrag, Beschlüsse über vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen, sowie den weiteren Auftrag, bis zum 31. Dezember 2023 Beschlüsse über weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu fassen, durch den Beschluss des G-BA über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.05.2017 (BAnz AT 08.06.2017 B4) und den Beschluss des G-BA über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 110a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21.07.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B2) erfüllt hat. Der Wegfall der Regelung dient der Bereinigung des Gesetzes.

Die vorgenannten Beschlüsse und die in ihnen festgelegten Leistungen und Leistungsbereiche bleiben – ungeachtet der aufgrund Erfüllung des Regelungsauftrags erfolgenden Streichung des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 – im Wege einer statischen Verweisung in § 110a auf diese Beschlüsse weiterhin Grundlage der Qualitätsverträge nach § 110a.

Die Änderung in Absatz 8 Satz 1 stellt eine Folgeänderung zur Streichung des Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 dar.

Zu Nummer 93

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 94

Der neue Absatz 1a enthält eine Übergangsregelung, die es bereits vom Zeitpunkt des Tages nach der Verkündung des Gesetzes ermöglicht, dass die Krankenkassen ihre DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS ihren Versicherten anbieten. Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass Krankenkassen, deren neue Programme bereits die gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen erfüllen, diese erst ab 1. Januar 2028 ihren Versicherten anbieten, weil sie den Wegfall des Zulassungserfordernisses und der damit verbundenen Gebühren abwarten wollen. Trotz Wegfall der förmlichen Zulassung gilt dabei, dass die DMP die Anforderungen der §§ 24 und 25 der RSAV erfüllen müssen. Satz 2 stellt klar, dass weiterhin gleichwohl bereits gestellte Zulassungsanträge aufrechterhalten und neue Zulassungsanträge gestellt werden können. Dies liegt in der Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen und betrifft neben erstmaligen Anträgen auf Zulassung eines Programms auch die Vorlage von Vertragsanpassungen zu bereits zugelassenen Programmen, etwa aufgrund von Änderungen der DMP-A-RL des G-BA. Voraussetzung hierfür ist jeweils, dass eine abschließende Antragsbearbeitung bis Ende des Jahres 2027 zu erwarten ist. Maßgeblich ist hierfür die Einschätzung des BAS. Mit Inkrafttreten der Neufassung des § 137g nach Artikel 2 erledigt sich diese Übergangsregelung und fällt weg.

Zu Nummer 95

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 96

Bei der Anpassung handelt es sich um eine klarstellende Angleichung der Begrifflichkeiten in § 33 Absatz 1 Satz 5.

Zu Nummer 97

Im Wege der Rechtsbereinigung wird die Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung (KnVAusbauV) aufgehoben und der noch relevante Inhalt der Regelung des § 2a KnVAusbauV anstelle des in § 173 Abs. 2a enthaltenen Verweises auf die KnVAusbauV eingefügt. Hierdurch bleibt der Mehrleistungsanspruch des betroffenen, sich aber mit der Zeit reduzierenden Personenkreises erhalten. Gleichzeitig kann die vom Ministerrat für die Reichsverteidigung verordnete KnVAusbauV zum Zwecke der Rechtsbereinigung aufgehoben werden.

Zu Nummer 98

In der GKV existieren gegenwärtig drei verschiedene elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen anlässlich eines Wechsels der Krankenkasse von Mitgliedern und Familienversicherten, die teilweise parallel und teilweise mit denselben Informationen ablaufen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um

- das KV-KV-Meldeverfahren innerhalb des Meldeverfahrens zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absätze 2 und 3, das bei einem Wechsel der zuständigen Krankenkasse durch rentenbeziehende Personen Anwendung findet – unabhängig davon, ob diese pflicht-, freiwillig oder familienversichert sind,

- das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen beim Wechsel der Krankenkasse von Familienversicherten, dessen rechtliche Grundlage die auf § 10 Absatz 6 gestützten Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) des GKV-Spitzenverbandes bilden, sowie

- das elektronische Meldeverfahren zwischen der gewählten und der bisherigen Krankenkasse zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels von allen Mitgliedergruppen nach § 175 Absatz 2.

Alle drei Meldeverfahren verfolgen im Wesentlichen denselben Zweck: In den Fällen sich verändernder Zuständigkeiten sind der neu zuständigen Krankenkasse die für die Fortsetzung der Versicherungsverhältnisse erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Diese Informationen werden jedoch in unterschiedlichen Ausprägungen und teils redundant vorgehalten. Dieser Zustand ist historisch begründet und resultiert im Wesentlichen aus zeitversetzten Digitalisierungsprozessen zuvor papiergebundener Verfahrensabläufe. In einer Zeit fortschreitender Digitalisierung ist der so entstandene Status quo zunehmend unbefriedigend und wirft die Frage nach einer Vereinheitlichung der Verfahren auf. Im Einzelnen besteht folgender Regelungsbedarf:

1. Das geltende Recht sieht insbesondere für rentenbeziehende Personen vor, dass für dieselbe Person zwei verschiedene Meldeverfahren parallel zum Tragen kommen. Dies sind entweder das Zusammentreffen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 mit dem Meldeverfahren nach § 201 oder eine parallele Nutzung des Meldeverfahrens nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze und des Meldeverfahrens nach § 201. Diese Redundanzen sind zu beseitigen; künftig soll nur noch ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen vorgehalten werden, aus dem für alle rentenbeziehenden Personen sowie für Rentenantragstellerinnen und Rentenantragsteller die erforderliche Meldung an die Rentenversicherung generiert werden kann.

2. Die aktuellen Meldeverfahren weisen wesentliche Lücken in der Datenübermittlung auf. Die Zielsetzung des Gesetzgebers, durch den Datenaustausch zwischen den Krankenkassen im Verfahren des Krankenkassenwechsels eine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu ermöglichen und die Versicherten davon zu entlasten, ihre Versicherungs-

zeiten nachweisen zu müssen (vgl. Bundestags-Drucksache 19/14871, Seite 109), wird nur unzureichend erreicht. Die Übermittlung der Vorversicherungszeiten findet im Fall eines Krankenkassenwechsels derzeit nur für Mitglieder im Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 statt; für familienversicherte Personen ist eine derartige Datenübermittlung im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze rechtlich nicht vorgesehen. Darüber hinaus ist ein erheblicher Teil der Versicherten – namentlich die familienversicherten Personen, die zusammen mit dem Mitglied die Krankenkasse wechseln – in keines der drei bestehenden Meldeverfahren einbezogen.

3. Ein Teil der bestehenden Meldeverfahren ist technisch veraltet. Als einheitlicher Standard für den elektronischen Datenaustausch in der Sozialversicherung hat sich das XML-Format etabliert. Das Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze entspricht diesen Anforderungen nicht und müsste daher grundsätzlich in absehbarer Zukunft einer Neuprogrammierung unterzogen werden.

4. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die aktuell praktizierten Meldeverfahren sind zum Teil – insbesondere in Bezug auf die Gruppe der Familienversicherten – unzureichend. Der GKV-Spitzenverband hat nach dem Wortlaut des § 10 Absatz 6 ausdrücklich nur das Nähere zum Inhalt und zur Gestaltung des Meldeverfahrens zwecks Durchführung der Familienversicherung in der Rechtsbeziehung zwischen dem Mitglied und der zuständigen Krankenkasse zu regeln. De facto enthalten die auf dieser Grundlage beschlossenen Fami-Meldegrundsätze darüber hinaus Regelungen zu den Meldungen der Krankenkassen untereinander. Zwar wird diese Erweiterung der Regelungsbefugnis von allen beteiligten Akteuren in der langjährigen Praxis akzeptiert; dennoch besteht das Bedürfnis, klare gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, auf deren Grundlage die Krankenkassen rechtssicher operieren können.

5. Jeder Krankenkassenwechsel löst bei der neu zuständigen Krankenkasse eine Reihe von Folgeprozessen aus. Diese beinhalten insbesondere die Beantragung der Nutzung einer Krankenversichertennummer bei dem Krankenversichertennummernverzeichnis, die Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte, die Anlage einer elektronischen Patientenakte sowie gegebenenfalls Meldungen gegenüber dem Rentenversicherungsträger oder gegenüber der Hochschule. Zurzeit werden alle diese Geschäftsprozesse aus unterschiedlichen Meldeverfahren heraus generiert, sodass durch eine Zusammenlegung der Meldeverfahren auch für die krankenkasseninternen Folgeprozesse ein Synergieeffekt zu erwarten ist.

Ziel der Neuregelungen in § 175 in Verbindung mit § 175a sowie mit § 201 ist daher ein einheitlich für alle Personengruppen ausgerichtetes elektronisches Meldeverfahren mit einheitlich definierten Meldeinhalten, das auch bei künftigen Anforderungen entsprechend den Bedürfnissen angepasst werden kann und insoweit zukunftsfest ist.

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung der Angabe „oder eine Familienversicherung“ nach der Angabe „Mitgliedschaft“ wird das elektronische Meldeverfahren zwischen der gewählten und der bisherigen Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 auf die Fälle erstreckt, in denen vor der Ausübung des Wahlrechts anstelle einer Mitgliedschaft eine Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass künftig für alle Versichertengruppen – Mitglieder wie Familienversicherte – ein einheitliches Meldeverfahren mit synchronisierten, auf der Grundlage des § 304 Absatz 2 definierten Meldeinhalten gilt. Zugleich wird die bislang bestehende Lücke geschlossen, dass die für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erforderlichen Vorversicherungszeiten im Fall des Krankenkassenwechsels nur für Mitglieder übermittelt werden. Die Versicherten werden insoweit davon entlastet, ihre Versicherungszeiten selbst nachweisen zu müssen.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 2 in § 175 Absatz 6 schafft die ausdrückliche gesetzliche Grundlage dafür, in das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen auch die Übermittlung von Daten einzubeziehen, die die neu zuständige Krankenkasse zur Erfüllung ihrer Meldeverpflichtungen gegenüber Dritten von der bisher zuständigen Krankenkasse benötigt. Die Verweisungen auf § 199a Absatz 4 und § 201 betreffen namentlich die Meldungen gegenüber den Hochschulen sowie gegenüber den Rentenversicherungsträgern. Der Verweisungskatalog ist mit der Formulierung „insbesondere“ beispielhaft und nicht abschließend ausgestaltet, sodass das Verfahren auch für künftige gesetzliche Meldepflichten offenbleibt und insoweit zukunftsfest ist. Die Regelung bildet zugleich die für die Datenübermittlung zwischen den Krankenkassen erforderliche Ermächtigungsgrundlage. Der damit verbundene Eingriff ist verhältnismäßig, weil die betreffenden Daten bei den Krankenkassen ohnehin vorhanden sind und die Versicherten von Mitwirkungspflichten entlastet werden.

Zu Nummer 99

Zu § 175a (Krankenkassenwechsel bei Familienversicherung)

Die Vorschrift schafft erstmals eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen beim Wechsel der Krankenkasse von Familienversicherten. Das entsprechende Verfahren beruht bislang allein auf den Fami-Meldegrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage – § 10 Absatz 6 – nach ihrem Wortlaut nur das Meldeverfahren in der Rechtsbeziehung zwischen dem Mitglied und der zuständigen Krankenkasse erfasst, nicht jedoch Meldungen der Krankenkassen untereinander. § 175a orientiert sich am Vorbild des § 175 Absatz 2 und stellt damit klare gesetzliche Rahmenbedingungen her, auf deren Grundlage die Krankenkassen rechtssicher operieren können.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt das Meldeverfahren beim Wechsel der Krankenkasse eines Familienangehörigen, für den bis zur Begründung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung durchgeführt wurde. Erfasst werden damit sowohl der Wechsel von einer Mitgliedschaft in eine Familienversicherung als auch der Wechsel von einer Familienversicherung in eine Mitgliedschaft sowie der Wechsel zwischen Familienversicherungen bei unterschiedlichen Krankenkassen. Entsprechend dem Verfahren nach § 175 Absatz 2 informiert die neue Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über ihre Zuständigkeit; die bisherige Krankenkasse bestätigt der neuen Krankenkasse unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Versicherung. Auf diese Weise wird zwischen den Krankenkassen Klarheit über die Zulässigkeit und den Zeitpunkt des Wechsels hergestellt und sichergestellt, dass der neu zuständigen Krankenkasse die für die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erforderlichen Informationen zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 2

Satz 1 räumt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die bewährte Befugnis ein, das Nähere zu den Datensätzen und zu den zu übermittelnden Daten für das Meldeverfahren nach Absatz 1 zu bestimmen. § 175 Absatz 6 Satz 2 gilt entsprechend auch im Zuge des Meldeverfahrens nach Absatz 1. Die Sätze 2 und 3 sehen eine Ausnahme für die Fälle vor, in denen die Familienversicherung bei der neuen Krankenkasse aus derselben Mitgliedschaft abgeleitet wird wie bei der bisherigen Krankenkasse. Dies betrifft namentlich die Konstellation, in der familienversicherte Personen zusammen mit dem Mitglied die Krankenkasse wechseln. In diesen Fällen bedarf es keines gesonderten Meldeverfahrens nach Absatz 1; vielmehr ist die Übermittlung der nach § 304 Absatz 2, § 199a Absatz 4 und §

201 erforderlichen Daten für die Familienangehörigen in das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 für das Mitglied einzubeziehen. Erstmals werden damit auch die zusammen mit dem Mitglied wechselnden Familienangehörigen in den elektronischen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen einbezogen; die bislang für diese Personengruppe bestehende Lücke in der Datenübermittlung wird geschlossen.

Zu Nummer 100

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des neuen Satzes 3.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Nummer 5.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung wird ein neuer, eng begrenzter Beendigungstatbestand für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV geschaffen. Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter, die in Haft Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten, endet automatisch mit Haftantritt, sofern über das Mitglied keine Angehörigen im Sinne von § 10 familienversichert sind. Bestehen eine oder mehrere solcher Familienversicherungen zu Haftbeginn, entfallen aber während der Haft, so tritt die automatische Beendigung zu diesem späteren Zeitpunkt ein. Eine Kündigung des Inhaftierten ist jeweils nicht erforderlich. Bei Kenntnis der zuständigen Krankenkasse über die bestehende Haft des Mitglieds und keinen gemäß § 10 familienversicherten Angehörigen wird die Mitgliedschaft von Amts wegen beendet. Insbesondere für Konstellationen, in denen Angehörige über das Mitglied familienversichert sind, bleibt das Kündigungsrecht des Mitglieds gemäß § 175 Absatz 4 Satz 5 unberührt.

Strafgefangene sind nicht gemäß § 5 versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Stattdessen haben sie in der Haft einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder erhalten sonstige Gesundheitsfürsorge. In bestimmten Fallkonstellationen entsteht jedoch eine freiwillige Versicherung in der GKV vor Haftbeginn kraft Gesetzes als sogenannte obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Absatz 4 Satz 1). Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen die Versicherungspflicht, zum Beispiel auf Grund der Beendigung einer abhängigen Beschäftigung, mehr als einen Monat vor Haftbeginn endet, da dann die Ausschlussvorschrift des § 188 Absatz 4 Satz 3 trotz des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall in Haft nicht anwendbar ist.

Die automatische Beendigung der freiwilligen Versicherung berücksichtigt die besondere Situation von Strafgefangenen und trägt zu ihrer Resozialisierung bei. Sie dient insbesondere der Verminderung von Beitragsschulden, die während der Fortführung der freiwilligen Mitgliedschaft während Haftzeiten entstehen. Diese Beitragsschulden fallen häufig relativ hoch aus, weil bei fehlender Mitwirkung bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 der Höchstbeitrag festgesetzt wird. Zu einer fehlenden Mitwirkung des Inhaftierten kann es insbesondere deshalb kommen, weil der Inhaftierte selbst keine Kenntnis von seiner Mitwirkungspflicht hat und die Krankenkasse ihn hierüber nicht ordnungsgemäß informieren kann, weil ihr die Haft nicht bekannt ist.

Der Verzicht auf ein aktives Tätigwerden des Inhaftierten, wie beispielsweise eine Kündigungserklärung, trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Inhaftierte gerade zu Haftbeginn in der Regel in einem psychologischen Ausnahmetatbestand befinden und unter Umständen auch keine hinreichende externe Unterstützung bei der Organisation ihrer Haftsituation haben. Die gesetzlichen Krankenkassen können hierbei nur bedingt informatorische Hilfe-

stellung bieten, weil sie häufig überhaupt keine Kenntnis von der Haft ihres Mitglieds haben. Daher ist auch eine rückwirkende Beendigung mit der Regelung möglich.

Der Rückausschluss der automatischen Beendigung bei Vorhandensein von über § 10 familienversicherten Angehörigen des Inhaftierten trägt dem Umstand Rechnung, dass in solch einer Konstellation eine Fortführung der Mitgliedschaft für die Zeit der Haft in der Regel im Interesse des Mitglieds liegt. Zugleich ist er auch im Interesse der über das Mitglied familienversicherten Angehörigen geboten. Entfallen alle Versicherungen gemäß § 10 zu einem späteren Zeitpunkt, entfällt auch das vorherige Schutzbedürfnis und das Interesse an der Fortführung der Mitgliedschaft des Inhaftierten in der GKV und stehen einer automatischen Beendigung nicht mehr entgegen.

Zu Buchstabe d

Bisher verdrängt eine Familienversicherung nach § 10 eine freiwillige Mitgliedschaft nicht. Solange die freiwillige Mitgliedschaft nicht durch das Mitglied aktiv gekündigt wird, kann trotz vorliegender Voraussetzungen die Familienversicherung nicht eintreten (§ 10 Absatz 1 Nummer 2). Zukünftig erfolgt eine Gleichstellung gegenüber versicherungspflichtigen Mitgliedern, die nach dem Ausscheiden aus einer Versicherungspflicht ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist familienversichert sein können. Die Familienversicherung kommt damit ohne Kündigung im Anschluss an eine freiwillige Versicherung kraft Gesetzes zustande, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung vorliegen. Mit der Neuregelung wird ein Vorrang der Familienversicherung gegenüber der freiwilligen Versicherung begründet.

Zusätzlich wird in Satz 3 ein Widerspruchsrecht gegenüber dem nun automatisch vollzogenen Wechsel des Versicherungsverhältnisses eingeführt, da die Familienversicherung gegenüber der freiwilligen Versicherung für Mitglieder auch nachteilig sein kann. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich aus der freiwilligen Versicherung eine Familienversicherung ableitet. Daher kann die freiwillige Versicherung fortgeführt werden, wenn das Mitglied dies spätestens innerhalb eines Monats nach der Feststellung der Familienversicherung durch die Krankenkasse nach § 289 erklärt. In diesem Fall endet die freiwillige Versicherung trotz Vorliegen der übrigen Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 nicht. Der Wechsel in die Familienversicherung ist im Anschluss nur noch über eine aktive Kündigung nach Nummer 3 möglich.

Die Neuregelung vermindert den Verwaltungsaufwand für Krankenkassen, da das Versicherungsverhältnis ohne Kündigung durch Versicherte geändert werden kann. Denn oftmals gehen die Versicherten bereits jetzt davon aus, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung die freiwillige Versicherung automatisch endet.

Der bisherige Nummer 3 2. Halbsatz wird gestrichen, da es mit dem automatischen Wechsel zur Familienversicherung in Nummer 6 keine Satzungsregelung durch die Krankenkassen mehr bedarf.

Zu Buchstabe e

Bei einer Berufung in das Beamtenverhältnis wird die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag der Aushändigung der Ernennungsurkunde beendet. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist weiterhin erforderlich. Jedoch richtet sich die Wirksamkeit der Kündigung zukünftig nicht nach § 175 Absatz 4. Hintergrund ist, dass die Kündigungsfrist bei der Berufung in das Beamtenverhältnis oftmals nicht dahingehend eingehalten werden kann, dass die freiwillige Versicherung zum Tag der Ernennung beendet werden kann. Betroffen sind dabei insbesondere Personen, die aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus in das Beamtenverhältnis bei demselben Dienstherrn berufen werden. Die mit dem Tag der Aushändigung der Ernennungsurkunde wirksam werdende Verbeamtung wird zumeist sehr kurzfristig vollzogen. Mit der Verbeamtung besteht grundsätzlich eine Beihilfeberechtigung und die Mehrheit der Beamtinnen und Beamten möchte in diesem Zusammenhang eine private ergänzende

Krankheitskostenversicherung abschließen. Aufgrund der Dauer der Kündigungsfrist sind die Betroffenen ab dem Zeitpunkt der Verbeamtung jedoch mit einer doppelten Beitragszahlung zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung belastet. Mit der Neuregelung ist weiterhin eine Kündigung zur Beendigung einer freiwilligen Versicherung erforderlich, allerdings wird die Kündigungsfrist geändert. Damit die Kündigung rückwirkend erfolgen kann, muss sie innerhalb von drei Monaten und damit zeitnah nach Aushändigung der Ernennungsurkunde ausgesprochen werden.

Zu Nummer 101

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1

Mit der Neufassung des Satzes 1 wird sichergestellt, dass bei den Landesverbänden der Krankenkassen künftig durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Auf der Grundlage des bisherigen § 197a Absatz 1 Satz 1 wurde auf Ebene der Landesverbände nicht überall von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Zur Unterstützung insbesondere von kleineren Krankenkassen ist es deshalb erforderlich, die Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Landesverbänden der Krankenkassen im Sinne einer Zentralisierung der Fehlverhaltensbekämpfung verpflichtend vorzuschreiben.

Fehlverhalten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen schädigt regelhaft nicht nur einzelne Krankenkassen, sondern die Solidargemeinschaft der GKV als Ganzes. Zwischen kleineren und größeren Krankenkassen besteht oftmals jedoch eine Diskrepanz hinsichtlich des Aufwands, der bei der Fehlverhaltensbekämpfung betrieben wird. So beliefen sich die durchschnittlichen Aufwendungen kleinerer Krankenkassen in der Kontenklasse 736 (Verwaltungskosten zur Fehlverhaltensbekämpfung) im Jahr 2025 auf lediglich etwa ein Viertel der durchschnittlichen Aufwendungen aller Krankenkassen. Auch in der personellen Ausstattung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zeigen sich diese Unterschiede. Oft sind diese Stellen bei kleineren Krankenkassen nur mit einer Person besetzt.

Eine koordinierte Zusammenarbeit von Krankenkassen mit ihren Landesverbänden bei der Fehlverhaltensbekämpfung schafft Abhilfe bei Problemen, denen insbesondere kleinere Krankenkassen ausgesetzt sind. Hierzu zählt zum Beispiel, dass die Anzahl der auswertbaren Datensätze bei kleinen Krankenkassen Anhaltspunkte für Fehlverhalten zumeist nur schwer erkennen lassen. Durch Zentralisierung lässt sich Fehlverhalten systematischer aufdecken. Mit einem gleichzeitig steigenden Professionalisierungsgrad ist letztlich auch eine signifikante Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung erwartbar, konkret bei der Aufklärung von systematischem Fehlverhalten, bei der (Straf-)Verfolgung, gegebenenfalls unter Mitwirkung von Polizei und Staatsanwaltschaft, sowie bei der Vermögensrückführungsquote.

Satz 2 entspricht der bisherigen Fassung.

Nach dem neuen Satz 3 sind zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem GKV-Spitzenverband Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen. In den Vereinbarungen ist festzulegen, wer welche Aufgaben im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung, insbesondere zur Unterstützung kleiner Krankenkassen, übernimmt. In Betracht kommen unter anderem Aufgaben wie Datenauswertungen oder die Verfolgung von Regressansprüchen. Doppelstrukturen sollten möglichst vermieden werden. Zudem ist das Nähere zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a zu vereinbaren.

Zu Absatz 1a

Absatz 1a legt als neue Aufgabe für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen fest, dass sie gemeinsam automatisierte Anwendungen zur Datenverarbeitung, einschließlich KI-Modelle und KI-Systeme, entwickeln sollen.

So können künftig auch Muster erkannt werden, die auf Grundlage der begrenzten Datenbestände einzelner Krankenkassen oder ihrer Landesverbände nicht entdeckt werden konnten. Der Begriff des „KI-Systems“ richtet sich nach der Begriffsbestimmung des Artikel 3 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2024/1689 (Verordnung über künstliche Intelligenz). Der Begriff der „automatisierten Anwendung zur Datenverarbeitung“ ist demgegenüber technik- und produktneutral ausgestaltet. Er erfasst nicht nur KI-Technologie, sondern auch herkömmliche datenanalytische Anwendungen, die regelbasiert oder statistisch arbeiten. Damit wird sichergestellt, dass die Norm auch gegenüber zukünftigen technologischen Entwicklungen offenbleibt. Die Verwendung beider Begriffe stellt sicher, dass die Vorschrift sowohl KI-Systeme im unionsrechtlichen Sinne als auch andere bestehende und künftige Formen automatisierter Datenverarbeitung erfasst und damit gegenüber technologischen Entwicklungen offen ausgestaltet ist. Der Begriff „Entwicklung“ umfasst insbesondere das Trainieren, Validieren und Testen. Die Begriffe gewährleisten ein weites Verständnis hinsichtlich der Entwicklung von KI-Systemen insbesondere aufgrund divergierender Begrifflichkeiten in der Verordnung über künstliche Intelligenz.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt für die Krankenkassen, ihre Verbände und den GKV-Spitzenverband bislang eine Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung vor. Ergänzt wird diese Zusammenarbeit nunmehr um Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Krankenversicherung zuständig sind. Zudem ist nunmehr auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. an dem vom GKV-Spitzenverband regelmäßig organisierten Erfahrungsaustausch in geeigneter Form zu beteiligen.

Zu Absatz 3a

Mit der Neufassung des Absatzes 3a werden die in Absatz 1 Satz 1 genannten Möglichkeiten, untereinander Daten zu teilen, erweitert. Es wird klargestellt, dass die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen zur Fehlverhaltensbekämpfung Daten nicht nur einzelfallbezogen oder bezogen auf einen konkreten Hinweis übermitteln dürfen. Die Übermittlungs- und Auswertungsbefugnis umfasst vielmehr auch die Verarbeitung einschlägiger Datenbestände des gesamten Versichertenstammes, um überhaupt Hinweise auf Fehlverhalten entdecken zu können. Absatz 3a stellt eine Rechtsgrundlage zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten dar. Die Vorgaben und Rechte der betroffenen Personen aus der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung) bleiben davon unberührt. Die Verarbeitung besonderer Kategorien bezogener Daten findet hierbei ihre Rechtfertigung in der Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards der Gesundheitsversorgung, dem erheblichen und zwingenden öffentlichen Interesse an der Abwendung von Abrechnungsbetrug und anderem vergleichbaren Fehlverhalten im Gesundheitswesen, der Verwaltung von Systemen im Dienste des Gesundheitsbereichs und gegebenenfalls der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen der Krankenkassen. Die Rechte und Freiheiten der betroffenen Person werden insbesondere durch die enge Zweckbindung gewährleistet und die Bindung der nach Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen an das Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches sowie die Pflicht zur Pseudonymisierung im Falle der Entwicklung von automatisierten Anwendungen zur Datenverarbeitung oder der Zusammenführung von Daten zu diesem Zweck. Darüber hin-

aus müssen die Verantwortlichen technische und organisatorische Maßnahmen treffen, die die Vertraulichkeit und Integrität der Daten wahren und somit den uneingeschränkt geltenden Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung) genügen.

Nach Satz 1 sollen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 personenbezogene Daten untereinander und an andere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 übermitteln und auswerten, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach den Absätzen 1, 1a und 3 erforderlich oder zweckmäßig ist. Dass Krankenkassen miteinander Daten teilen, um gemeinsam gegen Fehlverhalten vorzugehen, wird damit zur Pflicht. Die Ergänzung „und auswerten“ und die Streichung „beim Empfänger“ schaffen die Rechtsgrundlage für Datenverarbeitungen zur kassenübergreifenden Aufdeckung und Verfolgung von Fehlverhalten im Rahmen von Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 3.

Satz 2 stellt klar, dass auch bei der Entwicklung automatisierter Anwendungen zur Datenverarbeitung zur Fehlverhaltensbekämpfung beziehungsweise zur Zusammenführung von Daten zu diesem Zweck die Vorgaben des § 67c Absatz 3 des Zehnten Buches (SGB X) einzuhalten sind.

Die Neufassung des Satzes 3 ist eine Folgenanpassung an die Änderungen des Satzes 1. Die enge Zweckbindung für die Empfänger der übermittelten Daten bleibt uneingeschränkt erhalten.

Nach Satz 4 dürfen von Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 übermittelte Daten auch von anderen entsprechenden organisatorischen Einheiten ausgewertet werden, wenn dies entsprechend vereinbart wurde. Die Zusammenführung der Datenbestände (zum Beispiel Abrechnungsdaten der Krankenkassen) kann dabei sowohl zentral an einzelner Stelle oder an mehreren Stellen erfolgen. Die entsprechende Ausgestaltung ist ebenfalls den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen überlassen (Absatz 1 Satz 3). Die Verarbeitung der Datenbestände kann im Auftrag im Sinne des Artikels 28 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung) erfolgen.

§ 197a Absatz 3a gilt entsprechend auch für die Bekämpfung von Fehlverhalten in der Langzeitpflege (vergleiche § 47a Absatz 1 Satz 1, 1. Halbsatz SGB XI).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b um die neuen Nummern 6 und 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang ihrer Arbeit für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Aufgrund des mit der Regelung des § 132l Absatz 7 eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern sowie aufgrund der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie und den damit teilweise verbundenen Abrechnungsverstößen von Testzentren werden nunmehr auch Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen. Auch an die Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Krankenversicherung zuständig sind, dürfen nunmehr Daten übermittelt werden.

Wie bei den in anderen Ziffern des Absatzes 3b genannten Stellen wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu pseudonymisieren, soweit keine Hinweise auf eine Mitwirkung

der Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen. Sie sind zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung erweitert die Datenübermittlungsbefugnis auf sämtliche in Absatz 3b genannten Stellen.

Bislang war § 197a Absatz 3b Satz 3 auf die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an die Fehlverhaltensstellen begrenzt. Diese Regelung sollte die bis dahin bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach §§ 275 ff. und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege ergänzen. Sie sollte deutlich machen, dass Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen.

Diese Übermittlungsbefugnis nur für den Medizinischen Dienst vorzusehen, greift in der Praxis zu kurz. Deswegen dürfen nunmehr alle in Absatz 3b genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen möglich ist. Die übermittelten Daten dürfen nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie übermittelt worden sind.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt einen Auftrag an den GKV-Spitzenverband nähere Bestimmungen für die Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen, zum Beispiel zur einheitlichen Organisation, zu Kontrolle und zum Berichtswesen.

Der Absatz entspricht in den Grundzügen der bisherigen Fassung.

In Satz 1 wurde im Sinne der Rechtsbereinigung der zeitliche Bezug gestrichen, nach dem der GKV-Spitzenverband die näheren Bestimmungen bis zum 1. Januar 2017 zu treffen hatte.

In die näheren Bestimmungen sind zeitnah auch Ausführungen zu den zwischenzeitlich ergänzten und mit diesem Gesetz aktualisierten Absätzen 3a und 3b aufzunehmen.

Zu Absatz 7

Die Regelung beinhaltet in Satz 1 einen Auftrag an den GKV-Spitzenverband, dem BMG ein Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Zur Entwicklung dieses Konzepts einer Betrugspräventionsdatenbank hat der GKV-Spitzenverband nach der Vorschrift ein externes Gutachten zu vergeben. Dieses Gutachten eröffnet dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, mit Hilfe externer Expertise ein umsetzungsfähiges Konzept zur

Ausgestaltung der Datenbank mit den notwendigen Funktionalitäten zu entwickeln. Das Konzept ist dem BMG bis zum <Datum eintragen: 12 Monate nach Inkrafttreten> vorzulegen.

Satz 2 gibt einen Katalog wesentlicher Inhalte vor, die das vorzulegende Konzept zu umfassen hat (vgl. Ziffern 1 bis 4). Danach hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle zu beinhalten. Maßgeblich in dem Konzept zu erarbeiten sind zudem grundlegende Empfehlungen, welche Informationen in der Datenbank zu welchem Zweck erfasst werden sollten. Dabei sollen Anforderungen an die einzutragenden Informationen dargestellt werden, zum Beispiel an den erforderlichen Verdachtsgrad und die Umsetzung von Betroffenenrechten, wie zum Beispiel ein Widerspruchsrecht gegen einen Eintrag, beschrieben werden. In dem Konzept zu berücksichtigen sind auch Vorschläge, welche Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben dem Lese-Zugriff auch Daten einpflegen zu können. Von Bedeutung für eine spätere Umsetzung des Konzepts ist schließlich die Darstellung datenschutzrechtlicher Probleme bei Aufbau und Betrieb einer solchen zentralen bundesweiten Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen wie etwa notwendige gesetzlicher Änderungen.

Das mit Hilfe des externen Gutachtens durch den GKV-Spitzenverband ausgearbeitete Konzept kann als Grundlage dienen für die spätere Entscheidung über eine entsprechende Umsetzung, mit dem Ziel kriminelles Fehlverhalten im Gesundheitswesen künftig kassenartenübergreifend effektiver zu bekämpfen.

Zu Nummer 102

Zu § 201 (Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug)

Die Neufassung des § 201 trägt der Zusammenführung der Meldeverfahren beim Krankenkassenwechsel und der Einführung des Quellenabzugs für Beiträge von freiwillig versicherten Rentnern oder Rentenantragstellern Rechnung. Das bislang in § 201 Absätze 2 und 3 geregelte KV-KV-Meldeverfahren innerhalb des Meldeverfahrens zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird ersatzlos aufgegeben. Die beim Wechsel der Krankenkasse rentenbeziehender Personen erforderlichen Meldungen werden künftig aus dem einheitlichen elektronischen Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 und § 175a generiert. § 201 regelt damit nur noch die Mitteilungspflichten der Versicherten bei Rentenantragstellung sowie das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern.

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die bislang geltende Regelung im Wesentlichen unverändert: Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen; der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben. Aufgrund dieser Meldung und während des Bezugs der Rente hat die Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger die für den Einbehalt und die Zahlung der Beiträge aus der Rente relevanten Umstände zu melden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt sicher, dass der Rentenversicherungsträger auch nach der Aufgabe des eigenständigen KV-KV-Meldeverfahrens innerhalb der KVdR weiterhin unverzüglich über einen Wechsel der zuständigen Krankenkasse bei Rentnerinnen und Rentnern sowie bei Rentenantragstellerinnen und Rentenantragstellern informiert wird. Die Meldung der neu zuständigen Krankenkasse an die bisherige Krankenkasse erfolgt im Rahmen des einheitlichen elektronischen Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 beziehungsweise § 175a; die

Meldung an den zuständigen Rentenversicherungsträger wird aus diesem Verfahren heraus generiert. Da das einheitliche Meldeverfahren sämtliche Versichertengruppen umfasst, gilt Absatz 2 – wie bislang – unabhängig davon, ob die rentenbeziehende Person pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert ist.

Zu Absatz 3

Der Inhalt des Absatz 3 der vorherigen Fassung wird ersatzlos überschrieben, da auch in Fällen der Beendigung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bereits Meldepflichten nach Absatz 2 bestehen. Absatz 3 führt nunmehr den Katalog der Meldepflichten (zuvor Absatz 4) des Rentenversicherungsträgers gegenüber der zuständigen Krankenkasse im Wesentlichen fort und entspricht den tatsächlichen Meldeinhalten des praktizierten Verfahrens: Beginn und Höhe einer Rente einschließlich des Monats der erstmaligen laufenden Zahlung (Nummer 1), der Tag der Rücknahme des Rentenantrags (Nummer 2), bei Ablehnung des Rentenantrags der Tag der verbindlichen Entscheidung (Nummer 3), Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente (Nummer 4), Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente (Nummer 5). Gesetzlich neu aufgenommen wird der Beginn und das Ende eines Widerspruchs- oder Sozialgerichtsverfahrens (Nummer 6).

Zu Absatz 4

Absatz 4 verpflichtet die Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger unverzüglich zu melden, wenn der Rentner oder Rentenantragsteller versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied wird. Mit der hinzugekommenen Aufnahme der freiwilligen Versicherung wird im Übrigen sichergestellt, dass beim Wechsel des Versicherungsstatus immer eine Meldung von der Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger erfolgt. Damit werden auch die Fälle erfasst, in denen der Wechsel von der privaten Krankenversicherung in die freiwillige Versicherung der GKV erfolgt. Wie in der bislang geltenden Regelung gilt Satz 1 entsprechend, wenn die Mitgliedschaft aus einem anderen Grund als den in Absatz 3 Nummer 4 genannten Gründen endet.

Zu Absatz 5

Absatz 5 schreibt vor, dass die Meldungen durch elektronische Datenübertragung zu erstatten sind, und belässt in bewährter Form die nähere Ausgestaltung des Verfahrens einer Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem BAS. Damit wird weiterhin gewährleistet, dass das Verfahren einheitlich und zuverlässig funktioniert und dem jeweils aktuellen Stand der in der Sozialversicherung etablierten Datenaustauschstandards und Technik angepasst werden kann.

Zu Nummer 103

Bereits heute nehmen Einrichtungen wie z.B. sogenannte Clearingstellen für Menschen, die Probleme haben sich selbst um ihren Krankenversicherungsschutz oder Angelegenheiten mit ihrer Krankenversicherung zu kümmern, Kontakt zu Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen auf. Die Kontaktaufnahme erfolgt dabei über die allgemeinen Zugangsmöglichkeiten, so dass oft viel Wartezeit, z.B. bei den Hotlines, in Kauf genommen werden muss. Für diese wichtige Arbeit der Clearingstellen sollen Hürden abgebaut werden.

Um die gezielte Kontaktaufnahme zu verbessern, sollen öffentliche oder öffentlich geförderte Stellen über gesonderte Kontaktwege zu den Krankenkassen beraten werden. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung können sich gleichfalls beteiligen. Die Kontaktaufnahme der Stellen mit den Krankenkassen oder Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt im Auftrag und mit ausdrücklicher Zustimmung der betroffenen Person. In diesem Zusammenhang können insbesondere versichertenbezogene Auskünfte er-

teilt werden. Hierfür ist den Stellen ein geeigneter, gesonderter Zugang zu den Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung zu eröffnen (bspw. durch gesonderte Rufnummern und E-Mailpostfächer), die insbesondere zu einer zügigen Klärung des krankenversicherungsrechtlichen Status dienlich sein können.

Die hieran interessierten öffentlichen oder öffentlich geförderten Stellen wenden sich an die Ersatzkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen, die nach einer Vorprüfung der öffentlichen oder öffentlichen geförderten Stelle die gesonderten Kontaktwege der Krankenkasse zur vertraulichen Verwendung weitergeben. Darüber hinaus steht es den Landesverbänden und Ersatzkassen frei, insbesondere Einzelheiten und mögliche Verfahrensschritte einer Klärung des Versicherungsverhältnisses über Kooperationsvereinbarungen mit den öffentlichen oder öffentlich geförderten Stellen zu vereinbaren.

Zu Nummer 104

Zu § 206a (Meldepflichten bei freiwillig Versicherten, Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 und Familienversicherten)

Versicherte in der GKV sind gegenüber der zuständigen Krankenkasse verpflichtet, auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen und bei Bedarf die erforderlichen Nachweise vorzulegen (§ 206). Von besonderer Bedeutung ist die Auskunftspflicht bei der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte und die Überprüfung der Familienversicherung, weil die Krankenkasse die notwendigen Informationen zu den beitrags- und versicherungsrechtlich relevanten Einkünften bislang nicht über bestehende elektronische Meldeverfahren, sondern nur über die Auskunft des Mitglieds oder des Familienversicherten vollständig erhalten kann. Das Gleiche gilt auch für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13, für die gemäß § 227 die beitragsrechtlichen Regelungen freiwilliger Mitglieder entsprechend gelten. Legt das Mitglied trotz Aufforderung keine Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen vor, hat die Krankenkasse nach § 240 Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz Höchstbeiträge festzusetzen.

Die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen für die Einkommensdaten freiwillig Versicherter, Familienversicherter und Versicherungspflichtiger nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 trägt dazu bei, Beitragsschulden zu vermeiden, die durch die Festsetzung von Höchstbeiträgen wegen Nichtvorlage der erforderlichen Einkommensnachweise bei der Beitragsfeststellung oder die rückwirkende Begründung einer freiwilligen Versicherung entstehen. Zugleich kann dadurch erheblicher Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und bei den Mitgliedern vermieden werden. Außerdem wird hiermit ein wesentlicher Beitrag für den Prozess der Digitalisierung und damit zur Modernisierung der öffentlichen Verwaltung geleistet. Mit dem Verfahren wird in besonderem Maße dem Once-Only-Prinzip entsprochen, welches seine Grundlagen im Onlinezugangsgesetz, in der Registermodernisierung und auf EU-Ebene in der Single-Digital-Gateway-Verordnung hat. Es verpflichtet die Verwaltung, Daten nur einmalig zu erheben und diese unter Beachtung des Gebots der Datensparsamkeit anstatt einer erneuten Erhebung auch für (gesetzlich konkret benannte) weitere Zwecke zu nutzen.

Die vorgesehene Widerspruchslösung stellt sicher, dass das Mitglied frei entscheiden kann, welchen Auskunftsweg (Mitteilung durch das Mitglied selbst wie bisher oder Mitteilung durch die zuständige Finanzbehörde) es zur Erfüllung seiner bereits bestehenden gesetzlichen Auskunftspflicht gegenüber der Krankenkasse wählen möchte. Der damit verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Mitglieder und ihrer Ehegatten und Lebenspartner ist deshalb verhältnismäßig. Hinzu kommt, dass das Mitglied nach Absatz 3 nach wie vor die Möglichkeit hat, unter Inkaufnahme der Festsetzung des Höchstbeitrages eine Übermittlung des Einkommensnachweises insgesamt zu vermeiden. Die Regelung steht im Einklang mit Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung - DSGVO). Zudem wird durch die abschließende

Auflistung der zu übermittelnden Daten sichergestellt, dass seitens der Krankenkassen nur solche Daten bei den Finanzbehörden abgefragt werden, die für die Beitragsbemessung tatsächlich erforderlich sind. Damit trägt die Regelung zugleich dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung. Durch die bisherige Praxis, dass Versicherte oft ihren ungeschwärzten Einkommenssteuerbescheid bei ihrer Krankenkasse einreichen, legen sie regelmäßig eine Vielzahl von Daten offen, die für die Beitragsfestsetzung ohne Relevanz sind. Durch das automatisierte Verfahren ist gewährleistet, dass die Krankenkasse nur die Daten erhält, die sie für die Beitragsfestsetzung benötigt.

Zu Absatz 1

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

Zur zeitlichen Einordnung und Identifizierung der Einkommensdaten für die Beitragsbemessung sind die notwendigen Informationen zum zugrundeliegenden Einkommensteuerbescheid des Mitglieds mitzuteilen. Dazu gehören Datum, der Veranlagungszeitraum nach § 25 Absatz 1 Einkommensteuergesetz sowie die Art des Steuerbescheides. Unterschiedliche Arten von Steuerbescheiden sind neben dem erstbeschiedenen Einkommensteuerbescheid auch Vorauszahlungsbescheide zur Einkommensteuer sowie Änderungsbescheide. Die Abfrage von Einkommensdaten aus Vorauszahlungsbescheiden kommt nur dann in Betracht, wenn das Mitglied zuvor einen Gewinneinbruch im Sinne von § 6 Absatz 3a und § 6a Absatz 3 der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der GKV und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 20. März 2024, geltend gemacht hat.

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

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

Die Erläuterungen zum Einkommensteuerbescheid können für die Krankenkassen ergänzende Hinweise zu weiteren beitragspflichtigen Einnahmen enthalten, wie zum Beispiel

über Einkünfte aus dem Ausland, die in Deutschland steuerfrei sind, aber dem Progressionsvorbehalt unterliegen. Daher werden auch die Erläuterungen zur Steuerfestsetzung in das Übermittlungsverfahren einbezogen.

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

Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft gilt nach Satz 3 grundsätzlich das Verfahren nach Satz 1 und 2. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung kann jedoch auf ein erneutes Anforderungsverfahren verzichtet werden, wenn das Mitglied gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich erklärt, dass es in die Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf einwilligt.

Die Krankenkasse erhält zudem nach Satz 4 das Recht, im Zuge der Verfahren nach § 206a bei den Finanzbehörden die Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung abzufragen, wenn ihr diese noch nicht bekannt ist. Krankenkassen sind registerführende Stellen nach § 2 des Identifikationsnummerngesetz. Das Versichertenverzeichnis nach § 288 ist ein Register im Sinne des § 1 des Identifikationsnummerngesetz (BGBl. I 2021, 596 – 597). Die Identifikationsnummer dient damit als zusätzliches Ordnungsmerkmal zu Personendaten im Versichertenverzeichnis nach § 288, welches die erforderlichen Angaben zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge, sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs einschließlich der Versicherung nach § 10 enthält. Die Identifikationsnummer ist erforderlich, um in einem nächsten Schritt eine zielgenaue Abfrage der Einkommensdaten des Mitglieds über das elektronische Meldeverfahren durchführen zu können. Die zuständige Finanzbehörde hat im Gegenzug die Identifikationsnummer des Mitglieds unverzüglich in elektronischer Form an die Krankenkasse zu übermitteln (Satz 5).

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung regelt Satz 6, dass kein erneutes Datenanforderungsverfahren nach Satz 1 durchzuführen ist, wenn Daten aus einem Änderungsbescheid zu einem Einkommensteuerbescheid mitgeteilt werden. In diesem Fall gilt die Datenanforderung zum vorausgegangenen Einkommensteuerbescheid auch für die Datenmeldung zum Änderungsbescheid und die Daten sind nach Satz 7 unverzüglich nach Bescheiderteilung von der Finanzbehörde an die Krankenkasse zu melden.

Satz 8 stellt klar, dass § 30 der Abgabenordnung den Regelungen nach Satz 1 bis 7 nicht entgegenstehen steht. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Verletzung des Steuergeheimnisses durch die meldenden Finanzbehörden bei Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und bei ordnungsgemäßer Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 bis 7 ausgeschlossen ist.

Zu Absatz 2

Ebenfalls eingeführt wird ein Abfrageverfahren zu den erforderlichen Einkommensdaten des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, die für die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder nach § 240 Absatz 1 Satz 2 1. Halbsatz benötigt werden. Die Krankenkasse hat in diesem Fall zu prüfen, ob und in welcher Höhe sich das Mitglied Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners als beitragspflichtigen Einnahmen anrechnen lassen muss. Das schließt auch das Recht der Krankenkasse entsprechend Absatz 1 Satz 4 zur Abfrage der Identifikationsnummer des Ehegatten oder Lebenspartners mit ein, wenn diese der Krankenkasse nicht bekannt ist. Die in Satz 2 genannten Einkünfte aus inländischen Renten und Versorgungsbezügen sind ergänzend zu melden, weil diese

der Krankenkasse beim Ehegatten oder Lebenspartner des Mitglieds, anders als beim Mitglied selbst, nicht aufgrund der Meldeverfahren nach den §§ 201 und 202 bekannt sind. Für diese Abfrage gilt ein Widerspruchsrecht des Mitglieds und seines Ehegatten oder Lebenspartners, soweit innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse Selbstauskunft erteilt und die erforderlichen Nachweise vorgelegt werden.

Zu Absatz 3

Zusätzlich eingeführt wird ein Abfrageverfahren zu den erforderlichen Einkommensdaten zur Prüfung der Familienversicherung nach § 10. Die Krankenkasse hat in diesem Fall zu prüfen, ob und in welcher Höhe das Gesamteinkommen nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 überschritten wird. Das schließt auch das Recht der Krankenkasse entsprechend Absatz 1 Satz 4 zur Abfrage der Identifikationsnummer der familienversicherten Personen mit ein, wenn diese der Krankenkasse nicht bekannt ist. Anders als bei der Einkommensprüfung für freiwillig Versicherte kann die Krankenkasse von einer jährlichen Überprüfung der Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung absehen. Dies wird entsprechend § 10 Absatz 6 Satz 2 in den Einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung geregelt. Um ein Gleichlauf des Überprüfungsturnus herzustellen, kann auch der zeitliche Abstand für das Abfrageverfahren zu den Einkommensdaten entsprechend angepasst werden. Die in Satz 3 genannten Einkünfte aus inländischen Renten und Versorgungsbezügen sind ergänzend zu melden, weil diese der Krankenkasse bei familienversicherten Personen nicht aufgrund der Meldeverfahren nach den §§ 201 und 202 bekannt sein könnten. Für diese Abfrage gilt ein Widerspruchsrecht des Mitglieds und seinen familienversicherten Angehörigen, soweit innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse Selbstauskunft erteilt und die erforderlichen Nachweise vorgelegt werden.

Zu Absatz 4

Parallel zu den in den Absätzen 1 bis 3 geregelten Abfrage- und Meldeverfahren dürfen die Krankenkassen für die dabei erfassten Personen (freiwillig versicherte und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherte Mitglieder sowie über das Mitglied familienversicherte Angehörige) auch über einen automatischen Datenabgleich prüfen, ob und welche Daten nach § 45d Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes dem Bundeszentralamt für Steuern übermittelt worden sind. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die Höhe des in Anspruch genommen Freistellungsauftrages (Sparer-Pauschbetrag). Das Verfahren lehnt an den im § 41 Absatz 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes geregelten automatisierten Datenabgleich an. Dafür dürfen die Krankenkassen den Namen und Vornamen, das Geburtsdatum sowie Anschrift der Personen an das Bundeszentralamt für Steuern übermitteln; gleiches gilt für die Identifikationsnummer. Es ist festgelegt, dass die dem Bundeszentralamt für Steuern übermittelten Daten unverzüglich nach Durchführung des Datenabgleichs zu löschen sind und die Krankenkassen die ihnen übermittelten Daten nur im Zuge der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Verfahren nutzen dürfen. Ergeben sich aus den übermittelten Daten keine Änderungen bezüglich der mitglieds- oder beitragsrechtlichen Feststellungen, sind diese unverzüglich zu löschen.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

Die Anforderung der Einkommensdaten und der Identifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldungen der Finanzbehörde haben elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Das Meldeverfahren wird so weit wie möglich in die bestehende IT-Struktur des bestehenden Meldeverfahrens zwischen Finanzämtern und Sozialversicherungsträgern zu den steuerlich relevanten Einkünften integriert. Auf andere bestehende und rechtlich einzurichtende technische Verfahren, insbesondere nach dem Identifikationsnummerngesetz, wird aufgebaut. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, das Nähere zu Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden Daten in Grundsätzen festzulegen, die vom Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.

Zu Nummer 105

Mit Satz 1 Nummer 3 wird neu geregelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse ab dem Jahr 2027 einen Anteil an der Finanzierung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit leistet. Satz 3 wird dahingehend ergänzt, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Zukunftsfonds digitale Gesundheit dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit zugeführt wird. In Satz 4 wird das Verfahren der Festsetzung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Zukunftsfonds digitale Gesundheit sowie dessen Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse geregelt.

Zu Nummer 106

Der Vertrauensschutz des § 45 des Zehnten Buches gilt für die Feststellung einer Familienversicherung entsprechend, sofern und soweit ein Mitglied den ihm im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen einer Familienversicherung obliegenden Mitwirkungspflichten ordnungsgemäß nachgekommen ist, die Krankenkasse aber nachträglich feststellt, dass die Voraussetzungen für die Familienversicherung tatsächlich nicht vorliegen und noch keinen feststellenden Verwaltungsakt nach § 289 Satz 1 erlassen hat.

Wenn die Voraussetzungen des § 10 nicht gegeben sind, tritt an die Stelle der Familienversicherung oftmals eine freiwillige (Weiter-)Versicherung in der GKV. Problematisch ist dies, wenn zu Beginn der Familienversicherung trotz Kenntnis der Krankenkasse keine bestätigende Mitteilung nach § 289 Satz 1 ergangen ist oder die Krankenkasse die fehlenden Voraussetzungen der Familienversicherung rückwirkend und mit erheblicher Verzögerung feststellt. Denn ohne Verwaltungsakt erfolgt grundsätzlich keine Vertrauensschutzprüfung nach § 45 des Zehnten Buches. Ursächlich ist, dass die Familienversicherung kraft Gesetzes eintritt und Leistungen der GKV deshalb ohne Feststellung der Krankenkasse nach § 289 Satz 1 in Anspruch genommen werden können. Um Betroffene vor unverschuldeten, unerwarteten und teilweise erheblichen Beitragsnachforderungen zu schützen, sind rückwirkende Beitragserhebungen der Krankenkassen nur noch unter den Einschränkungen des § 45 des Zehnten Buches möglich. Das ist sachgerecht, weil in solchen Konstellationen das berechtigte Interesse des Mitglieds am Vertrauensschutz das öffentliche Interesse an der rückwirkenden Feststellung des Nichtvorliegens einer beitragsfreien Familienversicherung überwiegt. Dabei ist das schutzwürdige Vertrauen auf den Bestand der Familienversicherung in der Regel gegeben, wenn Mitglieder ihren Mitwirkungspflichten ordnungsgemäß nachgekommen sind und die zuständige Krankenkasse die Familienversicherung daraufhin nicht aktiv verneint. Bisher muss das Vorliegen von Vertrauen nicht geprüft werden, wenn die Krankenkasse ihrer Pflicht nach § 289 Satz 1 nicht nachkam oder mit erheblicher Verzögerung feststellt, dass die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht oder nicht mehr vorliegen. Ein solches Verschulden seitens der Krankenkasse wird zukünftig für die Erhebung von Beiträgen für die Vergangenheit durch die entsprechende Anwendung des § 45 des Zehnten Buches berücksichtigt.

Zu Nummer 107

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur infolge der Neuregelung des § 240 Absatz 4a im Rahmen des Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359).

Zu Nummer 108

Die neuen Verweise in § 240 Absatz 2 Satz 5 beziehen sich auf die Beitragsberechnung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. Durch die Einführung des Quellenabzugs bei freiwillig versicherten Rentenbeziehenden finden die Regelungen für versicherungspflichtige Rentenbeziehende Anwendung. Dies gilt auch für § 231 Absatz 2 (Erstattung von Beiträgen), weshalb auf diesen verwiesen wird.

§ 240 Absatz 3 betrifft freiwillige Mitglieder, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und durch Aufnahme einer Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 werden. Demnach wird weiterhin der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Da der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers nach § 106 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch wegfällt, wird die Regelung in § 240 Absatz 3 Satz 2 modifiziert. Wenn das Arbeitsentgelt und der Zahlbetrag der Rente über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, kann eine Erstattung der zu viel gezahlten Beiträge nach § 231 Absatz 2 beantragt werden. Im Falle der Erstattung an das Mitglied werden zukünftig auch bei freiwillig Versicherten die vom Rentenversicherungsträger getragenen Beitragsanteile an diesen zurückgezahlt. Insofern erfolgt eine beitragsrechtliche Gleichbehandlung von versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Rentenbeziehenden bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze.

Zu Nummer 109

Um den Quellenabzug für freiwillig versicherte Rentenbeziehende einzuführen, wird die Tragung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung geändert. Wie bei pflichtversicherten Rentenbeziehenden werden die Beiträge von den freiwillig Versicherten und den Trägern der Rentenversicherung jeweils zur Hälfte getragen. Der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers entspricht der Höhe des bisherigen Zuschusses an freiwillig Versicherte nach § 106 SGB VI. Für die Versicherten entsteht damit kein finanzieller Vor- oder Nachteil. Aus der Änderung der Beitragstragung folgt die Änderung der Beitragszahlung (siehe § 255).

Im Falle eines Mindestbeitrags nach § 240 Absatz 4 Satz 1 wird die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung als beitragspflichtige Einnahme von der Mindestbemessungsgrundlage abgezogen. Der dann noch zu zahlende Beitrag ist vom Mitglied gem. § 250 Absatz 2 alleine zu tragen.

Zu Nummer 110

Infolge der Änderung des § 249a bezüglich des Quellenabzugs für freiwillig versicherte Rentenbeziehende tragen freiwillige Mitglieder die aus der Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge nicht mehr allein.

Zu Nummer 111

Nach bisheriger Rechtslage waren versicherungspflichtige Studierende grundsätzlich verpflichtet, ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten bereits vor der Einschreibung bzw. Rückmeldung an der Hochschule semesterweise im Voraus zu zahlen. Gleichzeitig war der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, zusätzlich auch eine andere Zahlungsweise vorzusehen. Von dieser Ermächtigung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebrauch gemacht und geregelt, dass die Beiträge abweichend

auch monatlich gezahlt werden können. Diese Ausnahmemöglichkeit wird in der Praxis von über 93 Prozent der Studierenden genutzt. Die verbleibende, vergleichsweise kleine Personengruppe, die weiterhin semesterweise bezahlt, ist für die Krankenkassen mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Zudem zeigt sich, dass in dieser Gruppe im Vergleich zur Gruppe der monatlich Zahlenden ein erheblich größerer Anteil im Zahlungsverzug ist. Dies liegt häufig auch daran, dass die Regelung der semesterweisen Vorauszahlung den Studierenden nicht bekannt, für sie nicht nachvollziehbar und somit stärker mit Beschwerden behaftet ist. Dies hat umfassenden Beratungs- und Bearbeitungsaufwand zur Folge.

Diesem Umstand trägt die Neufassung der Norm Rechnung, indem sie die bisherige Ausnahmemöglichkeit einer monatlichen Zahlweise zum Standard macht und die semesterweise Vorauszahlung nicht mehr vorsieht. Die Zahlweise von Studierenden wird somit an die Zahlweise aller anderer Selbstzahler angeglichen. Nach § 23 Absatz 1 Satz 5 des Vierten Buches sind die Beiträge am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

Zu Nummer 112

Durch die Änderung der Tragung der Beiträge nach § 249a wird auch das Verfahren zur Beitragszahlung für freiwillig krankenversicherte Rentenbeziehende geändert, sodass zukünftig ein Quellenabzug erfolgt. Die aus der Rente zu entrichtenden Beiträge der Mitglieder werden von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einbehalten und zusammen mit den von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgeführt. Dies gilt für die Zahlung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gemäß § 60 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches in Verbindung mit § 255 (neu) entsprechend. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet zukünftig somit auch die Beiträge der freiwilligen Mitglieder an den Gesundheitsfonds der GKV sowie den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung weiter. Der Netto-Zahlbetrag der Rente mindert sich um den Beitragsanteil der Versicherten. Auch der Zuschuss nach § 106 des Sechsten Buches wird nicht mehr gezahlt. Gleichzeitig müssen Versicherte ihren Beitragsanteil aus der Rente sowie den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers nicht mehr an die Krankenkasse weiterleiten.

Der Quellenabzug betrifft ausschließlich die Beiträge, die aufgrund des Rentenbezugs zu zahlen sind. Soweit freiwillig Versicherte weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, sind die entsprechenden Beiträge an die Kranken- und Pflegekasse abzuführen. Die Krankenkasse erlässt dazu wie bisher einen Beitragsbescheid. Neu ist dabei, dass in diesem Bescheid die Rente als beitragspflichtige Einnahme nicht mehr aufgeführt wird, weil die Beiträge separat durch die Rentenversicherung an den Gesundheitsfonds der GKV sowie den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung weitergeleitet werden. Dies macht eine Anpassung der Beitragsbescheide für freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner sowie Programmänderungen bei der maschinellen Beitragsberechnung erforderlich. Die Informationen über die Höhe des Beitrags aus der gesetzlichen Rente erhalten die Kassen über das bestehende maschinelle Meldeverfahren.

Insgesamt trägt die Maßnahme zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung bei der Beitragszahlung für freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner bei. Die Kranken- und Pflegekassen müssen die Beiträge aus der Rente nicht mehr selbst vom Mitglied einziehen. Zudem entstehen keine Überzahlungen des Zuschusses der Rentenversicherung mehr, wenn rückwirkend der Wechsel von einer freiwilligen Versicherung in eine Pflichtversicherung festgestellt wird. Um die Verrechnung bei Altfällen, die den Zeitraum vor dem 1. Januar 2029 betreffen, zu regeln, werden die gestrichenen Sätze 2 und 3 in der Fassung vom 31. Dezember 2028 angewendet.

Der Quellenabzug führt zu einer Vereinfachung der Verfahren und damit zur Entbürokratisierung, da der Weg der Beitragszahlung für den Regelfall nicht mehr über das Mitglied führt und ein bestehendes, bewährtes und überwiegend digitales Verfahren zum Quellenabzug genutzt werden kann.

Mit Absatz 4 wird eine Erstattung von zu viel oder zu wenig gezahlten Beiträgen aufgrund § 247 Satz 3 geregelt. Nach dieser Vorschrift werden Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung erst nach zwei Monaten wirksam. Hintergrund dieser Regelung ist der technische Umstellungsaufwand bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung nach Bekanntgabe einer Änderung des Zusatzbeitragssatzes durch die jeweilige Krankenkasse.

Da die Prozesse zur Berechnung und Zahlung der Beiträge an die GKV auf Seiten der Rentenversicherung aufgrund der regelmäßig sehr kurzfristig festgelegten und der Rentenversicherung entsprechend spät mitgeteilten Zusatzbeitragssatzänderungen nicht derart angepasst werden können, dass auf die verzögerte Anpassung des Zusatzbeitrags nach § 247 Satz 3 verzichtet werden kann, wird für die Erstattung der von den Trägern der Rentenversicherung zu wenig gezahlten Beiträge eine Pauschalzahlung geregelt. Zu diesem Zweck wird die Hälfte des im auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Monats März auf Renten im Durchschnitt erhobenen Zusatzbeitragssatzes ermittelt. In diesem Monat gilt gemäß § 247 Satz 3 der zum 1. Januar angepasste kassenindividuelle Zusatzbeitrag auch für Rentenbeziehende. Von dem so ermittelten Betrag wird die Summe der in den vorausgegangenen Monaten Januar und Februar tatsächlich an den Gesundheitsfonds gezahlten Zusatzbeitragsanteile der Träger der Rentenversicherung abgezogen. Ein sich ergebender positiver Differenzbetrag wird im darauffolgenden Juni von der Deutsche Rentenversicherung Bund an den Gesundheitsfonds gezahlt. Ein sich ergebender negativer Differenzbetrag wird vom Gesundheitsfonds an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Träger der Rentenversicherung erstattet. Hierdurch wird der pauschalierte Fehlbetrag ausgeglichen, der durch die in § 247 Satz 3 verzögerte Anwendung des neuen Zusatzbeitrags bei Renten entsteht. Die Beschränkung auf den Beitragsanteil der Rentenversicherungsträger erfolgt, weil Rentner erst durch die jährliche Rentenanpassungsmitteilung im Juni oder Juli des jeweiligen Jahres über den geänderten Zusatzbeitragssatz informiert werden können und es nicht zu einem Einbehalt für davor liegende Zeiträume kommen soll.

In Absatz 5 wird die Abstimmung zu den Einzelheiten des Abstimmungsverfahrens zwischen dem BAS, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutsche Rentenversicherung Bund unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales geregelt.

Zu Nummer 113

Zu Buchstabe a

Innerhalb der GKV regeln § 256 Absatz 2 Sätze 2 und 3 die Beitragszahlung bei nachgezahlten Versorgungsbezügen. Versorgungsbezüge werden beispielsweise nachgezahlt, wenn der Zahlungsbeginn des Versorgungsbezuges aufgrund der Dauer der Bearbeitung eines Antrages verspätet erfolgt. Bisher haben die Zahlstellen bei nachgezahlten Versorgungsbezügen die Option, auf den Einbehalt der Beiträge zu verzichten. In der Folge müssen die Krankenkassen die entsprechenden Beiträge selbst einziehen. Durch die Streichung der Sätze 2 und 3 soll zukünftig auch bei Nachzahlungen ein Quellenabzug stattfinden. Beim Quellenabzug werden die Beiträge vor der Auszahlung der Versorgungsbezüge einbehalten. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und stellt eine rechtzeitige Beitragszahlung sicher. Die Umsetzung ist durch die Abrechnungsprogramme der Zahlstellen ohne zusätzlichen Aufwand möglich. Die Krankenkassen bleiben für den Einzug der Beiträge aus Versorgungsbezügen nur dann zuständig, wenn die Bezüge nicht mehr laufend gezahlt werden.

Zu Buchstabe b

Der bisherige § 256 Absatz 3 bestimmt die Überwachung der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen. Die Vorgaben sind jedoch für die Durchführung einer rechtssicheren Prüfung zu ungenau. Zudem fehlen für eine zeitgemäße Prüfung der Beitragszahlung und des Meldeverfahrens rechtliche Rahmenbedingungen für einheitliche elektronische Prüfhilfen. Insgesamt müssen die Anforderungen an das Überwachungsverfahren daher umfangreicher geregelt werden. Absatz 3 wird deshalb durch den neuen § 256b ersetzt.

Zu Nummer 114

Die neue Regelung ersetzt den bisherigen § 256 Absatz 3, der den Anforderungen an die Überwachung der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen nach § 229 nicht mehr gerecht wird. § 256b schafft daher eine rechtliche Grundlage für die zeitgemäße Prüfung der Beitragszahlung und des Meldeverfahrens, die eine zielgerichtete und effiziente Vorbereitung und Durchführung der Prüfung durch die Krankenkassen – im Interesse der Krankenkassen und der betroffenen Zahlstellen – gewährleisten.

Absatz 1 regelt Prüfrecht, -zeitraum und -gegenstand. Demnach prüfen die Krankenkassen mindestens alle vier Jahre die ordnungsgemäße Meldung und Abführung der Beiträge zur GKV durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen. Kürzere Zeitabstände sind auf Verlangen einer Zahlstelle oder in begründeten Fällen möglich. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn es bei einer oder mehreren Krankenkassen im Zusammenhang mit dem laufenden Beitrags- und Meldeverfahren häufig zu Beanstandungen gegenüber der Zahlstelle kommt oder ein erhöhter Beratungsbedarf der Zahlstelle besteht. Das Prüfrecht umfasst auch Beziehende von Versorgungsleistungen, die nicht in der GKV versichert sind, damit der Krankenversicherungsstatus überprüft werden kann (durch schriftlichen Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall).

Absatz 2 regelt die Prüfzuständigkeiten unter den Krankenkassen. Zunächst verteilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV Spitzenverband) unter Berücksichtigung der jeweiligen Anzahl der Mitglieder die Zahlstellen auf die Krankenkassenarten. Anschließend legen die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart fest, welche Zahlstellen durch welche Krankenkasse geprüft werden. Jede Zahlstelle ist zu prüfen. Im Einzelfall ist es möglich, dass mehrere Krankenkassen, gegebenenfalls auch unterschiedlicher Krankenkassenarten, die Prüfung durchführen.

Absatz 3 stellt sicher, dass auch Stellen geprüft werden können, die von den Zahlstellen beauftragt wurden, die Beitragsberechnung,-zahlung und -meldung zu übernehmen.

Mit Absatz 4 wird klargestellt, welche Unterlagen durch die Zahlstellen für die Prüfung vorzulegen sind. Die Unterlagen sind mittels gesicherter und verschlüsselter Datenübertragung an die Krankenkasse zu übermitteln. Sie dürfen dort in einer Prüfdatei für längstens sechs Monate nach Abschluss der Prüfung gespeichert werden. Wenn eine Zahlstelle nach Absatz 2 Satz 4 von mehreren Krankenkassen geprüft wird, darf die originär zuständige Krankenkasse die von der Zahlstelle übermittelten Abrechnungsdaten an die weiteren an der Prüfung beteiligten Krankenkassen weiterleiten.

Absatz 5 bestimmt, dass die Krankenkassen im Vorfeld der Prüfung zusammenarbeiten und dazu vorhandene Daten für Beziehende von Versorgungsbezügen austauschen. Dadurch wird sichergestellt, dass im Vorfeld der Prüfung die den Prüfzeitraum betreffenden Daten aus dem Zahlstellen-Meldeverfahren zwischen der zu prüfenden Zahlstelle und den Krankenkassen bei der zu prüfenden Krankenkasse zusammengeführt werden. Wenn eine Zahlstelle nach Absatz 2 Satz 4 von mehreren Krankenkassen geprüft wird, darf die originär zuständige Krankenkasse die gesammelten Meldedaten an die weiteren an der Prüfung beteiligten Krankenkassen weiterleiten.

Zum Abschluss der Prüfung erfolgt nach Absatz 6 eine schriftliche Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung an die jeweilige Zahlstelle.

Auch die Krankenkassen, die zur Durchführung der Prüfung Daten übermittelt haben, werden nach Absatz 7 per Datenübertragung über die Ergebnisse der Prüfung informiert.

Nach Absatz 8 wird beim GKV-Spitzenverband eine elektronische Datei geführt, die Auskunft über die einzelnen Zahlstellen gibt. Hierzu kann die bereits vorhandene Zahlstellendatei nach § 202 Absatz 2 Satz 3 verwendet werden.

Um einen reibungslosen Datenverkehr sicherzustellen, hat jegliche Datenübertragung im Rahmen der Prüfung nach § 256b nach den Grundsätzen in § 95 SGB IV zu erfolgen. Durch die Einbeziehung des Verfahrens in die Systemprüfung der Abrechnungsprogramme erhalten die Arbeitgeber und anderen Zahlstellen zudem die Sicherheit, dass bei Nutzung dieses Verfahrens keine Fehler in der Datenübertragung auftreten können. Die Systemprüfung findet nach den Vorgaben der § 95b SGB IV statt. Das Nähere zu den zu übermittelnden Inhalten und zu den Datensätzen nach Absatz 4 wird durch den GKV Spitzenverband in ergänzenden Grundsätzen festgelegt. Dabei werden das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände beteiligt, um ein bundeseinheitliches Verfahren sicherzustellen und die Interessen der zu prüfenden Zahlstellen berücksichtigen zu können. Die Grundsätze nach Absatz 4 sind durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Das Verfahren und die Inhalte der Datensätze für die Meldungen unter den Krankenkassen legt der GKV-Spitzenverband nach den Absätzen 5 und 7 in Grundsätzen fest, welche nicht genehmigungspflichtig sind, da sie ausschließlich an Krankenkassen adressiert sind. Entsprechendes gilt für die Grundsätze nach Absatz 8, in welchen die Inhalte und das Verfahren zur Datei über die Zahlstellen bestimmt werden.

Zu Nummer 115

Folgeänderungen zur Einfügung eines neuen § 6 Absatz 3b durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025

Zu Nummer 116

Zu Buchstabe a

Das mit dem GKV-FKG eingeführte Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen wird gestrichen. Nach Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS (am 29. Januar 2024 veröffentlichtes Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im RSA, am 15. Mai 2025 veröffentlichtes Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021) führt dieses Verfahren zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen. Die bei Einführung mit dem GKV-FKG intendierte Wirkung, die Vermeidung von ungerechtfertigten Steigerungen der Diagnosefallzahlen konnte den Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS dagegen nicht nachgewiesen werden.

Zudem macht die Neukonzeption des § 273 Absatz 2 und 3 (das pauschalierte Kürzungsverfahren) den Ausschluss auffälliger Risikogruppen obsolet, da beide Verfahren zu einer pauschalen Zuweisungskürzung bei statistisch auffälligen Morbiditätsgruppen führen. Im Unterschied zum kassenübergreifend wirkenden Ausschluss auffälliger Risikogruppen wirken die pauschalen Zuweisungskürzungen kassenindividuell und damit sachgerechter.

Der Wortlaut des § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 entspricht mit der Änderung wieder dem bis zum 31. März 2020 geltenden Wortlaut.

Zu Buchstabe b

Die Absätze 10 und 11 werden um Regelungsinhalte bereinigt, die sich durch Zeitablauf erledigt haben. Absatz 12 hat sich durch Zeitablauf erledigt und wird gestrichen.

Zu Absatz 10

Neu aufgenommen wird ein Evaluationsauftrag für den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS, die Wirkungen der Streichung des Verfahrens zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen sowie des mit § 273 Absatz 1 bis 3 neu eingeführten pauschalierten Kürzungsverfahrens auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des RSA einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 im Jahr 2031 zu untersuchen. Für diesen Evaluationsauftrag können die Berichtsjahre 2025 bis 2027, deren Bescheidung gemäß § 273 Absatz 3 in den Jahren 2028 bis 2030 erfolgt, in die Untersuchung einbezogen werden.

Zu Absatz 11

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 erfolgen nach den bis zum Tag der Verkündung dieses Gesetzes geltenden maßgeblichen Vorgaben des § 270. Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von DMP entstehen, erfolgen in diesen Ausgleichsjahren nur für Programme mit einer förmlichen Zulassung durch das BAS.

Die neuen Vorgaben für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gemäß der in Artikel 1 enthaltenen Änderung des § 270 sowie die der Umsetzung dienenden Regelungen in der RSAV (Artikel 15) sind für das Ausgleichsjahr 2027 anzuwenden. Im Ausgleichsjahr 2027 erhalten die Krankenkassen die Programmkostenpauschale für DMP sowohl für Programme mit als auch für die neuen Programme ohne förmliche Zulassung durch das BAS (§ 137g Absatz 1a). Damit soll ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, damit die Krankenkassen noch im Jahr 2027 von ihrer Möglichkeit Gebrauch machen, ihren Versicherten DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS anzubieten.

Zu Nummer 117

Mit der Neufassung von Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird die Regelung der langjährigen Praxis entsprechend angepasst, wonach die Meldung der Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 über die Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Absatz 4 Satz 2 ausgesetzt ist. Da die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 seither nicht für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermittelt bzw. verwendet wurden, kann die Regelung gestrichen werden.

Zu Nummer 118

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurden mit der Neufassung des Absatzes 5 die Krankenkassen zur Meldung zusätzlicher Daten verpflichtet. Diese Regelung war die Rechtsgrundlage dafür, dass der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA (Beirat) die erforderliche Datengrundlage erhält, um Modelle für die Zuweisungen im RSA-Verfahren an die Krankenkassen zur Deckung ihrer Aufwendungen für Krankengeldzahlungen (Krankengeldzuweisungsverfahren) untersuchen und überprüfen zu können. Mit § 10 der RSAV wurde dem Beirat hierzu vorgegeben, welche Zuweisungsmodelle zu untersuchen sind und dass dies im Rahmen der ersten Evaluations-Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 zu erfolgen hatte.

Diese Datenmeldungen wurden im Gesetz als dauerhafte Datenlieferungen angelegt, um das im Ergebnis seiner Untersuchungen vom Beirat empfohlene Modell ohne weitere Verzögerung umsetzen zu können. Mit dem vom Beirat am 11. März 2025 gemeinsam mit dem ersten Evaluationsbericht vorgelegten Krankengeld-Gutachten wurde der Untersuchungsauftrag erfüllt. Da die untersuchten Alternativmodelle zu deutlich schlechteren Ergebnissen führen als das derzeitige Krankengeldzuweisungsverfahren und auch deutlich höhere Bürokratieaufwände zur Folge hätten, hat der Beirat im Ergebnis die Fortführung des derzeitigen Krankengeldzuweisungsverfahrens empfohlen.

Nach Abschluss der Untersuchung der Krankengeldzuweisungsmodelle durch den Beirat in Gestalt des am 11. März 2025 vorgelegten Krankengeld-Gutachtens besteht für die Durchführung oder Weiterentwicklung des RSA für diese dauerhaften Datenmeldungen kein Bedarf mehr. In Abhängigkeit vom Gegenstand künftiger Gutachtenaufträge für den Beirat, der nach § 266 Absatz 10 Satz 2 vom Bundesministerium für Gesundheit näher bestimmt werden kann, können die in den Nummern 1 bis 5 genannten Daten jedoch bedarfsabhängig wieder benötigt werden.

Deshalb wird die Regelung dahingehend geändert, dass die Datenübermittlungspflicht künftig „auf Anforderung“ besteht wenn und soweit der Beirat diese Daten zur Erfüllung eines Gutachtenauftrags benötigt.

Zu Buchstabe b und zu Buchstabe c

Die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 in § 269 Absatz 6 neu gefasste Übergangsregelung galt für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022. Das im Rahmen des Risikostrukturausgleichs vom BAS für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 durchgeführte Zuweisungsverfahren wurde mit den in den Jahren 2022 bis 2024 durchgeführten korrigierten Jahresausgleichen jeweils beendet. Der Regelungsinhalt von Absatz 6 ist daher durch Zeitablauf obsolet geworden und wird gestrichen.

In der Folge werden die bisherigen Absätze 7 bis 9 zu den Absätzen 6 bis 8.

Zu Nummer 119

Um im Ausgleichsjahr 2027 die Programmkostenpauschale auch für DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS zu ermöglichen, wird bestimmt, dass die Krankenkassen zusätzlich je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 ohne Zulassung angebotenes DMP zu erheben und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das BAS zu übermitteln haben.

Das Nähere zur Übermittlung der Daten bestimmt nach § 270 Absatz 2 Satz 2 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem BAS in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 für jedes Schlüsseljahr. Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen kann die neu vorgesehene Datenmeldung erstmals in die Bestimmung für das Schlüsseljahr 2028/2029 aufgenommen werden, die voraussichtlich zum Ende des Jahres 2027 erfolgt. Die erstmalige Meldung der Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP ohne förmliche Zulassung des Jahres 2027 erfolgt somit bis zum 15. August 2028 an das BAS. Eine Berücksichtigung der neuen Datenmeldung und damit die Umsetzung der Programmkostenpauschale auch für DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS ist damit erst im Jahresausgleich 2027 möglich.

Zu Nummer 120

In Absatz 5 wird geregelt, dass der Betrag, der dem Innovationsfonds jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt wird, ab dem Jahr 2027 auf 75 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgesenkt wird.

Im neuen Absatz 5a wird geregelt, dass dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit ab dem Jahr 2027 jährlich Finanzmittel in Höhe von 25 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

Zu Nummer 121

Zu § 273 (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)

Das BAS prüft nach § 273 die Datenmeldungen der Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich (RSA) auf rechtswidrige Einflussnahmen. Der Prüfauftrag des BAS besteht hinsichtlich des in § 267 Absatz 1 Satz 2 gesetzlich normierten Einwirkungsverbots der Krankenkassen auf Leistungsdaten. Vor dem Hintergrund, dass sich die regulären Einzelfallprüfungen bei statistisch auffälligen Steigerungen von Diagnosedaten als hochkomplex, aufwändig und kaum handhabbar erwiesen haben, wird § 273 neu gefasst. Die langwierigen regulären Einzelfallprüfungen, die auch mit den Maßnahmen des GKV-FKG nicht wie intendiert beschleunigt werden konnten, sondern deren Aufwand im Gegenteil sogar noch gestiegen ist, werden durch ein bürokratiearmes pauschaliertes Kürzungsverfahren ersetzt (Absatz 2 und 3), das auf der bestehenden kassenübergreifenden, statistischen Auffälligkeitsprüfung aufbaut. Die Frage, ob die Krankenkasse einen Rechtsverstoß begangen hat oder nicht, ist für das Kürzungsverfahren nicht mehr relevant, so dass die Verfahren erheblich beschleunigt werden können und zahlreiche, möglicherweise jahrelang andauernde, rechtliche Auseinandersetzungen zwischen BAS und Krankenkassen, die bei Fortführung der regulären Einzelfallprüfungen zu erwarten wären, vermieden werden können. Ziel des pauschalierten Kürzungsverfahrens ist es, kassenindividuell deutlich über dem GKV-Durchschnitt liegende Steigerungen bei der Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen anhand des Risikomerkmals Morbidität zu erkennen und die damit einhergehenden übermäßigen Zuweisungsgewinne der betreffenden Krankenkassen zielgenau zu kürzen. In dieser Funktion löst das Kürzungsverfahren zukünftig das Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen ab. Untersuchungen des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA zufolge konnte die vom Gesetzgeber intendierte Wirkung – die Vermeidung von ungerechtfertigten Steigerungen der Diagnosefallzahlen – beim Ausschluss auffälliger Risikogruppen nicht nachgewiesen werden. Das pauschalierte Kürzungsverfahren findet Anwendung ab dem Berichtsjahr 2013. Auf diese Weise wird der erhebliche Rückstau der regulären Einzelfallprüfungen ab dem Berichtsjahr 2013 aufgelöst. BAS, Krankenkassen und Gerichte werden entlastet. Als Ausgleich dafür, dass statistisch auffällige Krankenkassen im pauschalierten Kürzungsverfahren keine Gelegenheit mehr erhalten, mögliche Erklärungsansätze für die statistische Auffälligkeit vorzutragen und sich darüber zu entlasten, wird ihnen in diesem Verfahren ein Toleranzbereich zugestanden. Dies berücksichtigt, dass auch Umstände zur statistischen Auffälligkeit beigetragen haben können, die nicht auf einer rechtswidrigen Einflussnahme der Krankenkassen beruhen. Verfahrensvereinfachend wirkt, dass die Ermittlung des Kürzungsbetrages auf der Grundlage der der fortgeschriebenen Vorjahresdatenmeldung ermittelt wird und nicht mehr unter Heranziehung einer sehr viel länger zurückliegenden Datenmeldung gemäß § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 der RSAV.

Die bisherigen anlassbezogenen Einzelfallprüfungen bei Vorliegen eines Verdachts, die sich als besser handhabbar erwiesen haben, bleiben bestehen, um das BAS in die Lage zu versetzen, Rechtsverstößen auch weiterhin nachgehen und diese korrigieren und sanktionieren zu können. Sofern sich aus bereits für die Berichtsjahre 2013 ff. eingeleiteten regulären Einzelfallprüfungen, die mit der Neuregelung durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren ersetzt werden, konkrete Erkenntnisse ergeben oder ergeben haben, die einen Verdacht auf rechtswidriges Handeln der Krankenkasse begründen, kann das BAS diese Erkenntnisse aufgreifen und eine anlassbezogene Einzelfallprüfung einleiten.

Alle Verfahren und Prüfungen sind jedoch spätestens bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich das jeweilige Verfahren oder die jeweilige Prüfung bezieht, abzuschließen.

Zu Absatz 1

Die Sicherung der Datengrundlagen für den RSA ist weiterhin zweigliedrig aufgebaut, wobei die bisherigen regulären Einzelfallprüfungen durch ein im jährlichen Turnus regelhaft durchzuführendes, pauschaliertes Kürzungsverfahren (Satz 1 Nummer 1) ersetzt werden. Dabei werden durch das BAS gemäß Absatz 2 kassenindividuell statistische Auffälligkeiten bei den Morbiditätsdaten festgestellt und bei den betroffenen Krankenkassen die morbiditätsbezogenen Zuweisungen gemäß Absatz 3 entsprechend gekürzt.

Wie bisher bleibt für das BAS daneben die Möglichkeit bestehen, bei konkreten Verdachtsmomenten anlassbezogene Einzelfallprüfungen durchzuführen (Satz 1 Nummer 2). Ist ein Rechtsverstoß einer Krankenkasse festzustellen, macht das BAS bei der Krankenkasse einen gemäß Absatz 5 ermittelten Korrekturbetrag geltend.

Datengrundlage für die Verfahren nach Satz 1 Nummer 1 und Prüfungen nach Satz 1 Nummer 2 sind die von den Krankenkassen an das BAS übermittelten Korrekturdatenmeldungen.

Zu Absatz 2

Das Verfahren zur Feststellung statistischer Auffälligkeiten wird konkretisiert. Die von den Krankenkassen übermittelten Daten der Korrekturmeldung werden kassenindividuell auf statistisch auffällige Steigerungen hinsichtlich der Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen anhand des Risikomerkmals Morbidität untersucht. Dabei werden weiterhin demografische Veränderungen des kassenindividuellen Versichertenbestandes berücksichtigt und es ist nach wie vor bei der Ausgestaltung sicherzustellen, dass Krankenkassen mit geringeren Versichertenzahlen nicht schneller auffällig werden als größere Krankenkassen. Um eine sich überschneidende Wirkung mit dem Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der RSAV zu vermeiden, in welchem ebenfalls – allerdings kassenübergreifend – eine Kürzung von Zuweisungen bei statistisch auffälligen Morbiditätsgruppen stattfindet, wird geregelt, dass Berichtsjahre auszunehmen sind, für die der Ausschluss auffälliger Risikogruppen in der bisher geltenden Fassung der RSAV Anwendung gefunden hat.

Das letzte Berichtsjahr, für das der Ausschluss auffälliger Risikogruppen Anwendung findet, ist das Berichtsjahr 2024. Das Berichtsjahr 2024 ist damit gleichzeitig das Referenzjahr für das vom BAS für das Berichtsjahr 2025 durchzuführende, pauschalierte Kürzungsverfahren.

Das Nähere zum Verfahren der statistischen Auffälligkeitsprüfung bestimmt das BAS wie bisher im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 regelt das Verfahren zur Ermittlung des Kürzungsbetrages, wenn eine statistische Auffälligkeit festgestellt wurde. Der Kürzungsbetrag wird mit einem alters- und geschlechtsadjustierten Fortschreibungsverfahren auf der Grundlage der dem geprüften Berichtsjahr vorhergehenden Korrekturdatenmeldung ermittelt. Dabei wird die durchschnittliche Entwicklung bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen berücksichtigt, um insbesondere die Gesamtentwicklung von Diagnosezahlen bei den Versicherten miteinbeziehen zu können. Zusätzlich ist den Krankenkassen ein 5-prozentiger Toleranzbereich zuzugestehen, mit dem pauschal gegebenenfalls die statistische Auffälligkeit mit beeinflussende Umstände abgegolten werden, wie zum Beispiel das Angebot verbessernde Versorgungs-

leistungen, die von Versicherten mit bestimmten Krankheiten vermehrt in Anspruch genommen werden, so dass auch die Anzahl der im Zusammenhang mit der Leistungserbringung übermittelten Diagnosen steigt. Die Bescheidung der Kürzungsbeträge erfolgt nach der Korrektur des dazugehörigen Jahresausgleichs, weshalb als Zeitpunkt für die Geltendmachung das dritte auf das geprüfte Berichtsjahr folgende Jahr bestimmt wird. Diese Vorgabe ermöglicht es dem BAS, bei der Durchführung des Verfahrens unmittelbar an den jeweiligen korrigierten Jahresausgleich anzuknüpfen. Hierfür wird mit einer entsprechenden Anpassung von § 18 Absatz 5 Satz 1 RSAV der Zeitpunkt für die Korrektur des Jahresausgleichs so vorverlegt, dass das BAS jeweils bis zum 30. September des dritten auf das geprüfte Berichtsjahr folgenden Jahres die Kürzungsbeträge durch Bescheid geltend machen kann. Auch durch diese prozessualen Anpassungen wird gegenüber den bisherigen, langwierigen regulären Einzelfallprüfungen eine deutliche Verfahrensbeschleunigung dadurch erreicht, dass Beträge aus dem Kürzungsverfahren so früh wie möglich, mithin im Dezember des dritten auf das geprüfte Berichtsjahr folgenden Jahres ausgeschüttet werden können.

Möglich ist, dass für eine Krankenkasse, für die ein Kürzungsbetrag zu errechnen ist, für dasselbe Berichtsjahr bereits ein Korrekturbetrag oder mehrere Korrekturbeträge nach Absatz 5 geltend gemacht wurden. Um eine Überzahlung zu vermeiden, die sich ergeben kann, wenn ein und dieselbe Risikogruppe betroffen ist, nimmt das BAS in diesen Fällen eine Anrechnung unter Berücksichtigung der bereits nach Absatz 5 geltend gemachten Beträge vor. Strafzuschläge werden nicht angerechnet. Ebenso wie die nähere Ausgestaltung der statistischen Auffälligkeitsprüfung konkretisiert das BAS auch das diesbezügliche Verfahren im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Zu Absatz 4

Unabhängig von den jährlich durchzuführenden Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 kann das BAS weiterhin aufgrund von konkreten Verdachtsmomenten im Einzelfall prüfen, ob eine Krankenkasse gegen die rechtlichen Anforderungen an die Datenverarbeitung für den RSA verstoßen hat. Satz 6 stellt dabei klar, dass gerade auch Erkenntnisse aus einer nach bisherigem Recht eingeleiteten regulären Einzelfallprüfung, die einen Verdacht begründen, dass eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben wurde, das BAS zur Durchführung eine anlassbezogenen Einzelfallprüfung berechtigen. Bei den anlassbezogenen Einzelfallprüfungen gilt weiterhin eine Beweislastumkehr, wonach von einem Rechtsverstoß auszugehen ist, wenn die Krankenkasse den Sachverhalt nicht oder nicht ausreichend darlegen kann. Mit Satz 7 neu eingeführt wird das Recht für das BAS, bereits vor Einleitung einer anlassbezogenen Einzelfallprüfung zur Erlangung von verdachtsbegründenden Tatsachen Abfragen bei Krankenkassen durchzuführen. Durch die in Absatz 7 Satz 1 getroffene Regelung, dass die Verfahren und Prüfungen nach dem neuen § 273 ab dem Berichtsjahr 2013 durchzuführen sind, besteht die Abfragemöglichkeit ebenfalls bezüglich der Berichtsjahre ab 2013. Die Krankenkassen sind verpflichtet, diese Abfragen des BAS wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält Vorgaben zur Ermittlung des Korrekturbetrages, wenn nach Absatz 4 ein Rechtsverstoß einer Krankenkasse festgestellt wurde und ersetzt insoweit die bislang in § 21 RSAV getroffenen Regelungen. Um das Verfahren zur Ermittlung des Korrekturbetrages zu beschleunigen und damit das BAS von der Krankenkasse zur Ermittlung des Korrekturbetrags übermittelte Angaben nicht mehrmals auf Plausibilität überprüfen muss, hat die Krankenkasse auf Verlangen des BAS alle erforderlichen Angaben innerhalb von drei Monaten zu übermitteln. Im Rahmen des Verfahrens hat die Krankenkasse zum Beispiel die Möglichkeit, eine sogenannte Austauschsatzart zur Verfügung zu stellen, die um rechtswidrig erhobene Daten bereinigt wurde. Kann das BAS nicht feststellen, welche der übermittelten Daten rechtswidrig sind, findet das Verfahren nach Absatz 3 entsprechende Anwendung, wobei der Krankenkasse jedoch nicht der zusätzliche Toleranzbereich nach Absatz 3 Satz 4 zugestanden wird. Nach wie vor besteht für das BAS die Möglichkeit, die

Ermittlung des Korrekturbetrags auf bestimmte Risikogruppen zu beschränken. Voraussetzung dafür ist, dass die betroffene Krankenkasse dem BAS nach Satz 2 die von der Rechtswidrigkeit betroffenen Risikomerkmale mit entsprechenden Nachweisen – zum Beispiel Vereinbarungen mit Leistungserbringern – darlegt. Ebenso wie in dem nach bisheriger Rechtslage durchgeführten Korrekturbetragsermittlungsverfahren wird auf den nach Satz 3 oder 4 ermittelten Betrag ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert und der sich daraus ergebende Korrekturbetrag durch Bescheid geltend gemacht. Durch den Strafzuschlag wird der Sanktionscharakter des Korrekturbetrages aufrechterhalten.

Möglich ist, dass für eine Krankenkasse, für die ein Korrekturbetrag zu errechnen ist, für dasselbe Berichtsjahr sowohl ein Kürzungsbetrag nach Absatz 3 als auch ein Korrekturbetrag oder mehrere Korrekturbeträge nach Absatz 5 bereits geltend gemacht wurden. Um eine Überzahlung zu vermeiden, nimmt das BAS auch hier (vgl. Absatz 3) eine Anrechnung unter Berücksichtigung der bereits nach Absatz 3 und bzw. oder nach Absatz 5 geltend gemachten Beträge vor. Strafzuschläge werden nicht angerechnet. Auch für diese Fälle konkretisiert das BAS das diesbezügliche Verfahren im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Zu Absatz 6

Wie bisher regelt Absatz 6, dass Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift keine aufschiebende Wirkung haben.

Zudem regelt Absatz 6 das Verfahren und die Fristen für die Verrechnung von Kürzungsbeträgen oder Korrekturbeträgen durch das BAS. Eine Verteilung der Verrechnung von Korrekturbeträgen auf mehrere Ausgleichsmonate ist auf Antrag der Krankenkasse möglich. So können Krankenkassen die Verrechnung der Korrekturbeträge gegen Entrichtung eines Zuschlags über mehrere Monate strecken. Eine vollständige Verrechnung muss jedoch innerhalb von 24 Monaten erfolgen.

Zu Absatz 7

Die Verfahren und Prüfungen nach dem neuen § 273 sind ab dem Berichtsjahr 2013 durchzuführen. Nach bisheriger Rechtslage durch Bescheid abgeschlossene Prüfungen und Verfahren werden nicht erneut durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse der nach bisheriger Rechtslage vom BAS durchgeführten statistischen Auffälligkeits- und monetären Erheblichkeitsprüfung für die Berichtsjahre 2013 bis 2017 wurden bislang zwar reguläre Einzelfallprüfungen eingeleitet, aber noch keine Feststellungsbescheide erlassen. Für diese Berichtsjahre schließt sich daher die Durchführung des Kürzungsverfahrens gemäß Absatz 3 dieser Vorschrift an. Nach bisheriger Rechtslage begonnene und noch nicht abgeschlossene anlassbezogene Einzelfallprüfungen und Korrekturbetragsermittlungsverfahren sind nach den Vorgaben der Absätze 4 und 5 fortzuführen. Für Krankenkassen, bei denen Prüfungen nach bisheriger Rechtslage eingeleitet und nachfolgend eingestellt wurden, behält die Entscheidung des BAS über die Einstellung Bestand.

Zu Absatz 8

Für die Berichtsjahre 2013 bis 2017 hat das BAS bereits statistische Auffälligkeits- und monetäre Erheblichkeitsprüfungen durchgeführt und den Krankenkassen die Ergebnisse mitgeteilt. Diese nach bisheriger Rechtslage festgestellten Ergebnisse bleiben bestehen und werden dem nach Absatz 3 durchzuführenden Kürzungsverfahren zugrunde gelegt. Für die Berichtsjahre 2018 und 2019 wird das Verfahren zur Feststellung statistischer Auffälligkeiten und das Verfahren zur Ermittlung von Kürzungsbeträgen nach den Absätzen 2 und 3 durchgeführt. Soweit das BAS die Kürzungsbeträge für die Berichtsjahre 2013 bis 2019 kumuliert geltend machen will, kann es dies spätestens bis zum 30. September 2027 tun.

Zu Nummer 122

Zu Absatz 1

Absatz 1 trifft Regelungen zu den turnusmäßigen Prüfungen von Krankenkassen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens durch das BAS, durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder sowie durch das BMG.

Mit dem MDK-Reformgesetz vom 19. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) erfolgte die organisatorische Trennung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband sowie die organisatorische Trennung der Medizinischen Dienste (MD) von den Krankenkassen. Die Änderungen in den Sätzen 2 und 3 stellen klar, dass der MD Bund vom BMG, die MD von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder geprüft werden, was bisher über eine Verweiskette in § 280 Absatz 4 Satz 3 und in § 281 Absatz 3 Satz 3 umgesetzt war.

Darüber hinaus werden die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c in die Sätze 3 und 5 aufgenommen. Im Kontext des gesamten Absatzes 1 handelt es sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung.

Mit dem neuen Satz 6 wird die Option für die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen, prüfungsrelevante Daten elektronisch und in einer bestimmten Form anfordern zu können, auf die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, auf die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie auf die Medizinischen Dienste und den Medizinischen Dienst Bund ausgeweitet. Diese Möglichkeit der elektronischen Datenanforderung in einer bestimmten Form hatten die prüfenden Stellen bislang allein bei der Prüfung der Krankenkassen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes.

Die Regelung berücksichtigt die fortschreitende Digitalisierung und trägt zur IT-geprägten Weiterentwicklung des Prüfgeschehens bei. Eine elektronische Übermittlung der zu prüfenden Daten kann sowohl bei den prüfenden als auch bei den geprüften Stellen für ein effektiveres und effizienteres Prüfgeschehen sorgen.

Die Form der elektronischen Datenübermittlung bestimmt die jeweils für die Prüfung zuständige Stelle. Die Anforderung kann dabei sowohl auf Basis bestehender als auch individueller Formate erfolgen.

Vor der Festlegung des Formats der elektronischen Datenübermittlung der Krankenkassen wird nach Satz 7 weiterhin der GKV-Spitzenverband angehört, zu dessen Aufgaben nach § 217f Absatz 2 Satz 1 unter anderem die Entwicklung von und die Abstimmung zu Datendefinitionen und Prozessoptimierungen für den elektronischen Datenaustausch in der GKV gehört. Da die gesetzlichen Krankenkassen individuell entwickelte Software nutzen, es zur effektiven und wirtschaftlichen Erfüllung der Prüfungen nach § 274 jedoch notwendig ist, dass auf die für die Prüfung benötigten Daten in einheitlicher elektronischer Form zurückgegriffen werden kann, ist der GKV-Spitzenverband weiterhin anzuhören.

Für die anderen nach § 274 Absatz 1 zu prüfenden Institutionen bedarf es vor Festlegung des Formats der elektronischen Datenübermittlung keiner Anhörung. Hier wird die Datenübermittlung vorrangig Prüfgebiete betreffen, für die Standardsoftware eingesetzt wird, die auch im Rahmen der Prüfung nach § 274 genutzt werden kann. Insoweit besteht hier keine Notwendigkeit für Anhörungen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 beinhaltet Regelungen zur Bemessung, Tragung und Erstattung der durch die Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung entstandenen Kosten. Die

Neufassung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Fassung. Nachvollzogen wurden die mit dem MDK-Reformgesetz erfolgten organisatorischen Veränderungen der MD und des MD Bund. Gleichzeitig wird der Wortlaut auch im Kontext zu Absatz 1 überarbeitet und im Sinne einer besseren Lesbarkeit neu strukturiert.

In Satz 1 wurde im Sinne der Rechtsbereinigung ein zeitlicher Bezug gestrichen.

Der bisherige Satz 4 ist nunmehr Satz 2.

Im neuen Satz 4 werden die organisatorischen Veränderungen des MD Bund und der MD berücksichtigt und die Bezeichnung der für die Berechnung der Kosten zu verwendenden Übersicht ebenso korrigiert wie das hierfür zuständige Ressort. Maßgeblich für die Kostenberechnung sind die vom Bundesministerium der Finanzen erstellten Übersichten über Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen.

Der bisherige Satz 2 wurde in die neuen Sätze 10 und 11 aufgeteilt, welche nunmehr auch die organisatorischen Veränderungen des MD Bund und der MD beinhalten. Im Sinne einer übersichtlicheren Normstruktur wurden diese Sätze ans Absatzende gesetzt. Für den MD Bund werden die Kostenregelungen vom BMG getroffen, für die MD werden die Kostenregelungen von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder getroffen.

Im Übrigen entspricht der neu gefasste Absatz 2 inhaltlich der bisherigen Fassung.

Zu Nummer 123

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Durch die mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen des § 274 ist der für die MD geltende Verweis in § 280 Absatz 4 Satz 3 entbehrlich geworden.

Zu Nummer 124

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Durch die mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen des § 274 ist der für den MD Bund geltende Verweis in § 281 Absatz 3 Satz 3 entbehrlich geworden.

Zu Nummer 125

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Nummer 126

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

Zu Nummer 127

§ 299 Absatz 1b wird eingefügt, um Bürokratie bei der gesetzlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu reduzieren. Bestehende Richtlinien, Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach § 299 Absatz 1 Satz 1 werden vom G-BA bzw. den Vertragsparteien nach § 137d auf Vereinheitlichungen und den Verzicht von Doppelmeldungen sowie die Harmonisierung von Meldezeitpunkten zu prüfen und bis zum 31.12.2029 mit einer angemessenen Übergangsfrist zur Neuetablierung von Datenströmen anzupassen sein.

Es wird das Once-Only-Prinzip eingeführt (Nummer 1), mit dem Daten der Leistungserbringer und der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 grundsätzlich und verfahrensübergreifend nur einmal erhoben und übermittelt sowie anschließend allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung datenschutzkonform zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt auch dann, wenn die Verarbeitung dieser Daten in jeweils anderen Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen festgelegt ist. Dadurch entfallen Mehrfachmeldungen von Daten, die die Leistungserbringer und Krankenkassen durch Richtlinien und Beschlüsse des G-BA oder Vereinbarungen nach § 137d auch jenseits der Qualitätssicherung bereits an den G-BA oder an die Vereinbarungspartner übermitteln. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach § 299 Absatz 1 Satz 3 bis 7 gelten hierfür entsprechend; auch die Gebote der Datensparsamkeit und Datensicherheit sind vom G-BA bzw. den Vertragsparteien nach § 137d zu beachten.

Darüber hinaus wird ein One-Stop-Shop-Verfahren festgelegt (Nummer 2), sodass jegliche Datenmeldungen im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren der Leistungserbringer nur an eine verfahrensübergreifend zentrale Stelle erfolgen, um den Meldeaufwand aufwandsarm zu gestalten. Dies schafft darüber hinaus eine bessere Vergleichbarkeit der Daten. Die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung sind dabei einzuhalten, insbesondere technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten. Für die Qualitätssicherung sollen vorrangig Routinedaten genutzt werden. Damit wird das Ziel verfolgt, die von den Leistungserbringern zu übermittelnden Daten möglichst zu minimieren. Vom Begriff der Routinedaten werden Daten nach Absatz 1a und solche, die nach § 21 Absatz 3a Krankenhausentgeltgesetz angefordert und übermittelt werden können, erfasst. Es handelt sich dabei um Daten, die bereits für die Versorgung, Abrechnung und Weiterentwicklung der stationären Entgeltsysteme erhoben werden und vorliegen. In für die Qualitätssicherung erforderlichen Fällen nach dieser Vorschrift können weiterhin ausnahmsweise Primärdaten erhoben werden. Insgesamt sollen Aufwände bei Leistungserbringern und Krankenkassen reduziert und der Grundsatz der Datensparsamkeit gewährleistet werden, ohne die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu beeinträchtigen.

Das in § 21 Absatz 3a Krankenhausentgeltgesetz geregelte Verfahren soll soweit für Zwecke der Qualitätssicherung sinnvoll stärker als bislang genutzt werden. Dadurch können Krankenhäuser von doppelten Datenübermittlungen für Zwecke einerseits des § 21 Krankenhausentgeltgesetzes und andererseits der Qualitätssicherung nach dieser Vorschrift entlastet werden. Im Übrigen gilt für Krankenhäuser die Datenübermittlungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1b Nummer 1.

Um eine Nachnutzung bereits erhobener und der in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 genannten Daten für andere Verfahren zu ermöglichen, sind die Vorgaben in den verschiedenen Verfahren semantisch und syntaktisch zu vereinheitlichen. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung für eine datengestützte Qualitätssicherung. Die semantische Interoperabilität stellt sicher, dass die ausgetauschten Daten von allen Beteiligten einheitlich verstanden und interpretiert werden. Die syntaktische Interoperabilität gewährleistet, dass Gesundheitsdaten in einem einheitlichen technischen Format zwischen unterschiedlichen IT-Systemen ausgetauscht und verarbeitet werden können. Anforderungen an eine nach dem Stand der Technik aufwandsarme Datenübermittelung sollen ergänzend sicherstellen, dass die Richtlinien, Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 den Entwicklungsstand fortschrittlicher Verfahren, Einrichtungen oder Betriebsweisen, die sich in der Praxis bewährt haben oder erfolgreich erprobt wurden, angemessen berücksichtigen. Dies kann perspektivisch eine stärker automatisierte und ressourcenschonende Datenverarbeitung unter Nutzung von künstlicher Intelligenz beinhalten.

Zu Nummer 128

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 7 sind die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser oder ihre Krankenhausträger verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unter anderem den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme und der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten zu übermitteln. Die Angabe der stationären Aufenthaltsdauer ist insbesondere maßgeblich im Falle der Verlegung einer Patientin oder eines Patienten. Gemäß § 1 Absatz 1 Satz 4 der durch die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich zu schließenden Fallpauschalenvereinbarung liegt eine Verlegung definitorisch vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Im Falle einer Verlegung ist nach § 1 Absatz 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit § 3 der Fallpauschalenvereinbarung unter anderem von dem aufnehmenden Krankenhaus unter bestimmten Bedingungen ein Abschlag auf die Fallpauschale vorzunehmen.

Damit ein Krankenhaus, das eine verlegte Patientin oder einen verlegten Patienten aufnimmt, seiner Verpflichtung nachkommen kann, eine regelkonforme Rechnung gegenüber einer Krankenkasse zu stellen, hat das Krankenhaus derzeit aufwändige Recherchen zur Aufenthaltsdauer der Patientin oder des Patienten im verlegenden Krankenhaus zu betreiben. Dem aufnehmenden Krankenhaus liegt diese Information bei Aufnahme nicht ohne Weiteres vor und auch die Information durch Patientinnen und Patienten ist vielfach nicht belastbar und fehleranfällig. In der Praxis droht insoweit die Stellung einer nicht regelkonformen Rechnung bzw. das Erfordernis der Rechnungskorrektur, soweit die entsprechende Krankenkasse aufgrund des vorherigen Aufenthalts der Patientin oder des Patienten im verlegenden Krankenhaus etwaige Rechnungen beanstandet (beispielsweise aufgrund der fehlenden Berücksichtigung von Verlegungsabschlägen), und dadurch weiterer Bürokratieaufwand für das Krankenhaus. Den Krankenkassen gleichwohl liegen die Angaben zu Voraufenthalten der Patientin oder des Patienten aufgrund der Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 7 durch das verlegende Krankenhaus bereits vor.

Damit die Krankenhäuser die Rechnung auf einer gesicherten Basis stellen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den nach einer Verlegung aufnehmenden Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur stationären Aufenthaltsdauer des vorherigen Aufenthaltes der jeweiligen bei ihr versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen. Ziel muss es sein, dass unverzüglich, nachdem das aufnehmende Krankenhaus dem Kostenträger die Aufnahme anzeigt, also möglichst zeitnah nach der Aufnahme, dem aufnehmenden Krankenhaus die vom Kostenträger übermittelte Information zur stationären Aufenthaltsdauer vorliegt, so dass keine Verzögerungen für das aufnehmende Krankenhaus bei der Abrechnung seiner Leistungen entstehen. Durch die frühzeitige Datenübermittlung wird gewährleistet, dass die für die Abrechnung notwendigen belastbaren Daten rechtzeitig vorliegen und diesbezüglich insoweit spätere Prüfungen, Beanstandungen und Rechnungskorrekturen vermieden werden. Aus diesem Grunde ist es mit dem Ziel, Bürokratieaufwände aufseiten der Krankenhäuser zu reduzieren und den bereits etablierten Datenaustausch zu stärken, sachgerecht, dass Krankenkassen in diesen Fällen einem aufnehmenden Krankenhaus die entsprechende Angabe der stationären Aufenthaltsdauer des vorherigen Aufenthalts der behandelten Patientin oder des Patienten mitteilen. Es wird davon ausgegangen, dass die Krankenkassen dies nach einer einmaligen technischen Implementierung im Datenaustausch automatisiert vornehmen können. Dadurch werden die Krankenhäuser von dauerhaftem Aufwand im Einzelfall entlastet, wohingegen aufseiten der Krankenkassen lediglich Aufwand für die einmalige technische Implementierung entsteht.

Mit der Übermittlungspflicht der Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer eines Voraufenthaltes nach Verlegung für Abrechnungszwecke an die Krankenhäuser wird für die Krankenkassen eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser

geschaffen. Das Krankenhaus hat die übermittelten Informationen der Krankenkassen seiner Abrechnung zugrunde zu legen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2b vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer der behandelten Patientin oder des Patienten bei Verlegungen zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 129

Zu Buchstabe a

Zu den Sätzen 1 und 2

Eine vertragsärztliche Verordnung ist nicht immer zwingende Voraussetzung für die Versorgung. So besteht die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 33 Absatz 5a grundsätzlich nur, soweit eine erstmalige oder erneute Therapieentscheidung geboten ist. In bestimmten Fällen, etwa bei Vorlage einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15 Absatz 1 Nummer 2, darf eine vertragsärztliche Verordnung von den Krankenkassen nicht verlangt werden.

Die Änderung erfolgt zu Harmonisierungszwecken und um klarzustellen, dass verordnungsbezogene Angaben für die Abrechnung nur erforderlich sind, soweit auch tatsächlich eine entsprechende vertragsärztliche Verordnung vorliegt.

Zu Satz 3

Versorgungen mit häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln können auch ohne vertragsärztliche Verordnung aufgrund einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 erfolgen. Darüber hinaus können Hilfsmittelversorgungen auch durch Pflegefachpersonen durch Empfehlungen nach § 18b Absatz 3 oder § 40 Absatz 6 des Elften Buches veranlasst werden. In diesen Fällen soll zu Abrechnungszwecken die der Versorgung zugrunde liegende Verordnung oder Empfehlung der Pflegefachperson unter Angabe der Beschäftigtennummer der verordnenden oder empfehlenden Person übermittelt werden. So bleibt im Abrechnungsverfahren die Rechtmäßigkeit auch von Leistungen, die nicht ärztlich veranlasst wurden, überprüfbar.

Zu Satz 4

Das Hilfsmittelverzeichnis stellt keine Positivliste dar. In Einzelfällen kann auch auf Hilfsmittel ein Anspruch bestehen, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Um Unsicherheiten im Abrechnungsprozess solcher Versorgungen zu vermeiden, wird klargestellt, dass die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 nur zu verwenden sind, wenn dies aufgrund einer Listung des Hilfsmittels, mit dem versorgt wurde, auch möglich ist.

Darüber hinaus sollen bei mit Mehrkosten verbundenen Hilfsmittelversorgungen im Rahmen der Abrechnung auch Angaben zum Mehrnutzen oder den Merkmalen des abgegebenen Hilfsmittels gegenüber einem geeigneten mehrkostenfreien Hilfsmittel erfolgen.

Im Hilfsmittelverzeichnis ist eine entsprechende Verpflichtung im Rahmen der Dokumentationspflicht der Beratung der Versicherten durch die Leistungserbringer geregelt. Diese Anforderung ist gemäß § 127 Absatz 4 Satz 4 verpflichtender Bestandteil der Verträge nach § 127 Absatz 4 Satz 1.

§ 302 Absatz 1 Satz 4 verpflichtet die Leistungserbringer darüber hinaus neben der Bezeichnung des abgegebenen Hilfsmittels und der Höhe der abgerechneten Mehrkosten auch die Informationen über den Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung regelhaft an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringenden und führen dazu nach § 127 Absatz 11 unter anderem Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Derzeit lassen sich die Informationen zum Mehrnutzen mehrkostenverursachender Versorgungen durch die Krankenkassen nur mit hohem Aufwand und lediglich einzelfallbezogen ermitteln. Oftmals ist umfangreicher Schriftverkehr unter Einbeziehung der Versicherten erforderlich.

Eine qualitative und umfassende Erhebung dieser Daten ist angesichts der Tatsache, dass in einzelnen Produktgruppen rund die Hälfte aller Versorgungen mit zum Teil sehr hohen Mehrkosten verbunden ist zur Sicherung des Sachleistungsprinzips im Hilfsmittelbereich und der effektiven Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten, zu denen auch die einzelfallbezogene Beratung der Versicherten inklusive des Angebots einer hinreichenden Anzahl an mehrkostenfreien Produkten gehört, erforderlich. Nur so kann effektiv beurteilt werden, ob die Wahl der konkreten Versorgungsform tatsächlich auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung der Versicherten beruht oder aber Versicherte aufgrund einer interessengeleiteten Beratung dahingehend beeinflusst werden, sich für eine mit Mehrkosten verbundene Versorgung zu entscheiden.

Zu Buchstabe b

Dem jährlichen Mehrkostenbericht liegen die von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband übermittelten anonymisierten Abrechnungsergebnisse der Versicherten zugrunde, die während des Berichtzeitraums mindestens eine Hilfsmittelversorgung mit oder ohne Mehrkosten erhalten haben. Da sich gezeigt hat, dass die Krankenkassen aufgrund später Rechnungsstellungen noch weit bis in das Jahr der Berichterstattung hinein Nach- und Rückbuchungen vornehmen müssen, und sich damit die Datengrundlage für den Mehrkostenbericht entsprechend verändert, wird die Frist zur Veröffentlichung des Mehrkostenberichts um drei Monate bis zum 31. August eines jeden Jahres verlängert.

Der Mehrkostenbericht bietet eine umfassende Darstellung und Aufbereitung aller relevanten verfügbaren Daten in Verbindung mit mehrkostenpflichtigen Versorgungen. Zur Erhöhung der Aussagekraft sind auch die verfügbaren Daten über die Gründe der Mehrkosten in Form des Mehrnutzens oder der besonderen Merkmale im Vergleich zu aufzahlungsfrei innerhalb des Sachleistungsprinzips verfügbaren Versorgungen in den Bericht mit einzubeziehen.

Zu Nummer 130

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127.

Zu Nummer 131

Mit der Änderung des § 334 Absatz 3 Satz 1 kann die Telematikinfrastruktur für den Datenaustausch zur gesetzlichen Qualitätssicherung genutzt werden. Damit sollen Doppelstrukturen abgebaut und Aufwände für Leistungserbringer reduziert werden. Aktuell werden Daten für die Qualitätssicherung über eine eigene IT-Infrastruktur beim G-BA oder im Falle von Vereinbarungen nach § 137d beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Mit der Anbindung an die Telematik wird eine von allen Leistungserbringern genutzte, im Gesundheitswesen etablierte und sichere Infrastruktur verwendet. Die Notwendigkeit für den Betrieb einer kostenintensiven und allein historisch gewachsenen parallelen IT-Infrastruktur entfällt somit. Durch die Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird außerdem ermöglicht, langfristig das Potential für die automatisierte und aufwandsarme Verarbeitung von Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung auszuschöpfen.

Zu Nummer 132

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von § 71d.

Zu Nummer 133

Zu Buchstabe a

Die Verpflichtung zur Integration einer Verordnungssoftwareschnittstelle in informationstechnischen Systemen im Gesundheitswesen nach § 371 Absatz 1 Nummer 2 wird gestrichen. Die Schnittstelle hat nach vorliegenden Rückmeldungen bislang keinen relevanten Markt für externe Verordnungssoftware geschaffen und wird nach Einschätzung der Hersteller aufgrund der tiefen Integration der Arzneimittelverordnung in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) auch künftig kaum wettbewerbliche Relevanz entfalten. Die Streichung dieses Paragraphen bzw. die Umsetzungsverpflichtung wird im Sinne des Bürokratierückbaus erhebliche Aufwände bei den Herstellern von informationstechnischen Systemen einsparen. Gleichzeitig werden die Zertifizierungsstellen der gematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch Wegfall der Zertifizierungspflicht entlastet. Die Nutzung auf freiwilliger Basis wird weiterhin möglich sein.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 134

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Nummer 135

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

§ 385 Absatz 3 Nummer 16 sieht derzeit eine Berichtspflicht für Hersteller von informationstechnischen Systemen an das KIG über die Weiterentwicklung ihrer Systeme, die Auswirkungen auf die Einhaltung der Interoperabilitätsanforderungen haben, vor. Die Berichtspflicht wird sowohl aufgrund ihres fehlenden Nutzens als auch ihrer tatsächlichen Praxisrelevanz gestrichen. Sofern Hersteller ein zertifiziertes System wesentlich verändern, sind sie bereits nach § 15 der IOP-Governance-Verordnung verpflichtet, dies dem KIG vor Umset-

zung der Änderung in den Produktivsystemen anzuzeigen. Wesentlich im Sinne der Vorschrift sind dabei alle Änderungen, die sich auf die Einhaltung der nach Anlage 1 der IOP-Governance-Verordnung festgelegten Interoperabilitätsanforderungen auswirken können. Einer darüber hinaus gehenden Berichtspflicht bedarf es daher nicht. Damit werden sowohl aufseiten der Hersteller als auch aufseiten der gematik bürokratische Aufwände reduziert und Ressourcen eingespart.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 136

Einrichtungen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, die als wichtige Einrichtungen (§ 28 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 BSIG) oder besonders wichtige Einrichtungen (§ 28 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 BSIG), jeweils in Verbindung mit Anlage 1 Nummer 4 (Sektor Gesundheitswesen), den Pflichten der §§ 30 ff. BSIG unterliegen, erfüllen die Schutzziele der IT-Sicherheitsrichtlinie bereits über das Risikomanagement nach § 30 BSIG; eine parallele Anwendung und Überprüfung der IT-Sicherheitsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 390 ist insoweit redundant. Die telematikinfrastrukturspezifischen Anforderungen nach § 390 Absatz 2 Nummer 1 werden vom gefahrenübergreifenden Risikomanagement des § 30 BSIG jedoch nicht mit hinreichender Bestimmtheit erfasst; sie betreffen einen sektorspezifischen Angriffsvektor und bleiben daher anwendbar. Die Richtlinie ist für die betroffenen Einrichtungen folglich nur hinsichtlich der Anforderungen nach Absatz 2 Nummer 1 anzuwenden.

Zu Nummer 137

Zu § 394a (Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung)

Zu Absatz 1

Mit der Errichtung des Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung (Zukunftsfonds digitale Gesundheit) nach Absatz 1 wird ein Förderinstrument geschaffen, das gezielt der Beschleunigung der digitalen Modernisierung des Gesundheitswesens sowie der nachhaltigen Stärkung der IT-Sicherheit dient. Ziel ist es, die Entwicklung von digitalen Lösungen mit einem konkreten Mehrwert für ambulante und sektorübergreifende Versorgungsprozesse zu fördern um damit ihren Transfer in den Versorgungsalltag zu beschleunigen. Damit sollen zukünftig Produktinnovationen und marktnahe Entwicklungen, sowie Strukturförderungen ermöglicht werden. Die Schwerpunkte des Förderinstruments sollen dabei auf der Anwendungsebene, der Infrastrukturebene, sowie der IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung liegen.

Die Einrichtung eines neues Förderinstruments, das gezielt digitale Aspekte sowie Fragen der digitalen Infrastruktur adressiert, ist vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der Digitalisierung im Versorgungsalltag sinnvoll und sachgerecht. Damit werden zusätzliche Beschleunigungspotenziale für die Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnet, die dazu beitragen, digitale Innovationen besser und nachhaltiger in Versorgungsprozesse zu integrieren. Zentrale digitale Vorhaben, z.B. bezüglich der Umsetzung des Primärversorgungsystems, aber auch bezüglich der Schaffung einer sicheren und stabilen Infrastruktur und des Ausbaus ihrer Anwendungen, können so zielgerichteter unterstützt werden. Ohne den konsequenten Einsatz digitaler Anwendungen lassen sich Qualität, Effizienz und Bedarfsorientierung in der gesetzlichen Krankenversorgung künftig weder angemessen aufrechterhalten noch steigern, da analoge Prozesse zunehmend an ihre Grenzen stoßen. Digitale Lösungen ermöglichen eine schnellere, sektorenübergreifende Verfügbarkeit von Informationen und verbessern so die Behandlungsqualität sowie die Patientensicherheit.

Gleichzeitig tragen sie dazu bei, Ressourcen gezielter einzusetzen und Abläufe zu automatisieren. Angesichts steigender Versorgungsbedarfe und begrenzter personeller Kapazitäten sind digitale Anwendungen daher ein zentraler Hebel, um die Leistungsfähigkeit des Systems langfristig zu sichern.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt die wesentlichen Verwendungszwecke der Mittel des Zukunftsfonds digitale Gesundheit.

Zu Nummer 1

Nummer 1 erfasst Anwendungen für Versicherte und Leistungserbringer. Dies umfasst insbesondere digitale Lösungen im Bereich der Entwicklung und Förderung von Produkten. Hierunter fallen insbesondere digitale Produkte und Dienste auf Anwendungsebene, etwa versorgungsunterstützende Softwarelösungen, Kommunikationsanwendungen, digitale Steuerungsinstrumente, patientenzentrierte Anwendungen oder sonstige nutzerbezogene digitale Angebote. Förderfähig sind sowohl Neuentwicklungen als auch Weiterentwicklungen, die Skalierungen bestehender Lösungen und die Erprobung im ambulanten Versorgungssetting.

Zu Nummer 2

Nummer 2 betrifft Infrastruktur, Betrieb und Sicherheit auf der Infrastrukturebene. Hierzu zählen insbesondere technische Basiskomponenten, Plattformlösungen, interoperable Dienste, Betriebsstabilität sowie technische Schutzmaßnahmen. Erfasst ist auch die Weiterentwicklung bestehender Strukturen, insbesondere im Umfeld der Telematikinfrastruktur.

Zu Nummer 3

Nummer 3 betrifft die IT-Sicherheit von Einrichtungen des Gesundheitswesens, die nach § 28 des BSI-Gesetzes in Verbindung mit dessen Anlage 1 Nummer 4 als besonders wichtige oder wichtige Einrichtungen gelten. Erfasst sind insbesondere technische und organisatorische Maßnahmen zur Prävention, Erkennung und Bewältigung von Sicherheitsvorfällen, zur Erhöhung der Resilienz informationstechnischer Systeme sowie zur Einhaltung anerkannter Sicherheitsstandards. Damit wird dem besonderen Schutzbedarf kritischer und versorgungsrelevanter Einrichtungen Rechnung getragen.

Die Aufzählung der Förderzwecke ist offen ausgestaltet. Die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Schwerpunktsetzung erlaubt es, auf veränderte technische, versorgungspolitische oder sicherheitsrelevante Rahmenbedingungen reagieren zu können. Damit wird sichergestellt, dass auch künftige Entwicklungen dem aktuellen Stand der Technik sowie neu entstehende Handlungsbedarfe berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 werden dem Fonds Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 394b Absatz 1 zugeführt.

Zu § 394b (Zukunftsfonds, Durchführung der Förderung im Rahmen der digitalen Transformation)

Zu Absatz 1

Zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen werden dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit ab dem Jahr 2027 jährlich 25 Millionen Euro zugeführt. Die Fördersumme wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Die Finanzie-

rung über die Liquiditätsreserve ist sachgerecht, weil die Förderung der digitalen Transformation unmittelbar der Leistungsfähigkeit und Effizienz der GKV zugutekommt. Investitionen in digitale Infrastruktur, Interoperabilität und datengestützte Versorgungsmodelle können mittel- und langfristig zu Einsparungen im GKV-System beitragen und die Qualität der Versorgung für Versicherte verbessern. Fördermittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und der entsprechende anteilige Betrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückgeführt, sofern sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind. Fördermittel können demnach nicht ins Folgejahr übertragen werden. Aufgrund des Inkrafttretens der Regelung während des laufenden Haushaltsjahres 2027 tritt die entsprechende Rückführungspflicht erst ab dem Haushaltsjahr 2028 in Kraft. Damit wird sichergestellt, dass die für die Operationalisierung des Zukunftsfonds sowie die für den Beginn der Fördervorhaben erforderlichen Mittel auch im nächsten Haushaltsjahr zur Verfügung stehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, eine kontoführende Stelle mit der Verwaltung und Auszahlung der Fördermittel zu beauftragen. Diese Konstruktion dient der Trennung von politischer Steuerung einerseits und operativen Vollzug andererseits. Das Ministerium gibt durch die Rahmenvorgaben nach Absatz 3 Satz 1 sowie die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 2 den inhaltlichen und verfahrensrechtlichen Rahmen vor, ohne selbst unmittelbar auszahlend tätig zu werden. Als kontoführende Stelle kommt insbesondere die Kreditanstalt für Wiederaufbau in Betracht, die über die erforderliche administrative Infrastruktur sowie eine ordnungsgemäße Mittelbewirtschaftung und Abwicklung gewährleistet. Die Auszahlung erfolgt ausschließlich auf Grundlage der Entscheidungen des Digital Health Councils nach Absatz 4. Damit wird sichergestellt, dass die kontoführende Stelle keine eigene Förderbewilligung vornimmt, sondern ausschließlich vollziehend tätig wird. Die inhaltliche Entscheidungsverantwortung liegt beim Digital Health Council als dem hierfür vorgesehenen Fachgremium. Diese Trennung zwischen Entscheidungs- und Auszahlungskompetenz dient der Transparenz und der Qualitätssicherung im Förderverfahren.

Das BAS bestimmt das Nähere zur Zuführung der Mittel an den Zukunftsfonds digitale Gesundheit und zur Rückführung nicht bewilligter, nicht ausgezahlter oder nicht verausgabter Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Hierrunter fällt zum Beispiel die Bestimmung der Zeitpunkte für die Zuführung der Mittel an den Zukunftsfonds digitale Gesundheit und für die Rückführung der Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Das BAS berücksichtigt dabei die Belange des Gesundheitsfonds mit Blick auf seine zentrale Aufgabe, der Zahlung von Zuweisungen an die Krankenkassen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert den Förderzweck des Zukunftsfonds digitale Gesundheit. Die Aufzählung der förderfähigen Vorhaben ist nicht abschließend, um dem Digital Health Council nach Absatz 4 den notwendigen Beurteilungsspielraum zu belassen, auf neue technologische Entwicklungen und Versorgungsbedarfe reagieren zu können. Förderfähig sind auch zentrale digitale Systeme zur Unterstützung einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen.

Die Förderung wird an die Bedingung geknüpft, dass eine wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens sowie Vorschläge für einen Ergebnistransfer erfolgen. Diese Anforderung dient mehreren Zwecken: Sie stellt sicher, dass geförderte Vorhaben einen über den Einzelfall hinausgehenden Erkenntnisgewinn erzeugen und ihre Ergebnisse dem Gesundheitswesen insgesamt zugutekommen. Die wissenschaftliche Begleitung gewährleistet eine evidenzbasierte Evaluation der geförderten Maßnahmen und schafft die Grundlage für eine informierte Förderentscheidung des Digital Health Councils bei künftigen Antragsrunden. Das Erfordernis von Ergebnistransferkonzepten verhindert, dass Fördermittel in isolierten Projekten ohne systemische eingesetzt werden. Darüber hinaus müssen geförderte Vorhaben den Interoperabilitätsanforderungen sowie verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz

2 Satz 1 sowie europäisch und international anerkannten Standards entsprechen. Entsprechende Nachweis sind im Rahmen des Förderantragsverfahrens zu erbringen.

Zu Absatz 3

Die Regelung in Absatz 3 weist dem Bundesministerium für Gesundheit die Kompetenz zur Festlegung der Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte zu. Damit wird sichergestellt, dass die strategische Ausrichtung der Förderung an den gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung ausgerichtet bleibt und auf veränderte Versorgungsbedarfe sowie technologische Entwicklungen reagiert werden kann. Die Veröffentlichungspflicht auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit dient der Transparenz des Förderverfahrens und ermöglicht potentiellen Antragstellern, Vorhaben frühzeitig an den geltenden Förderschwerpunkten auszurichten. Die Beteiligung des Ausschusses nach Absatz 4 bei der Festlegung der Rahmenvorgaben trägt dem Umstand Rechnung, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Förderung einer fachlichen Bewertung bedarf, die Letztentscheidungskompetenz verbleibt jedoch beim Bundesministerium für Gesundheit.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Rahmenvorgaben wird den maßgeblichen Akteuren der Selbstverwaltung übertragen. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die gematik sind als Vereinbarungspartner bestimmt, da sie die zentralen institutionellen Interessen der Kostenträger, der ambulanten Leistungserbringer sowie der digitalen Infrastruktur des Gesundheitswesens repräsentieren. Die gemeinsame Vereinbarung stellt sicher, dass die operative Ausgestaltung der Förderkriterien auf einer breiten fachlichen Grundlage erfolgt und die Akzeptanz in den betroffenen Versorgungsbereichen gefördert wird. Die vorgesehene zweistufige Normengebung – ministerielle Rahmenvorgaben einerseits, selbstverwaltungsrechtliche Vereinbarung andererseits – entspricht dem bewährten Regelungsmodell des SGB V.

Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Da die Fördersumme Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten darstellt, ist eine staatliche Kontrolle der inhaltlichen Ausgestaltung der Vereinbarung sachlich geboten. Die Möglichkeit zur jährlichen Anpassung der Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte trägt dem dynamischen Charakter der digitalen Transformation im Gesundheitswesen Rechnung. Technologische Entwicklungen, neue Versorgungsbedarfe und veränderte europäische Rahmenbedingungen können eine Neuausrichtung der Förderschwerpunkte erforderlich machen, ohne dass hierfür ein formelles Gesetzgebungsverfahren durchgeführt werden muss. Für die Anpassung gelten die Verfahrensanforderungen des Satzes 1 entsprechend, insbesondere das Erfordernis der Beteiligung des Ausschusses nach Absatz 4 sowie die Veröffentlichungspflicht.

Kommt eine Vereinbarung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, erfolgt eine Erstvornahme durch Rechtsverordnung. Die Rechtsverordnung tritt an die Stelle der Vereinbarung und entfaltet gegenüber der kontoführenden Stelle sowie dem Ausschuss die gleiche Bindungswirkung.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Entscheidung über die Förderung einzelner Vorhaben sowie ihrer Bewertung durch ein hierfür einzurichtendes Gremium. Mit dem Digital Health Council wird ein eigenständiges Entscheidungsgremium geschaffen, das für die Förderzwecke maßgebliche Akteure einbindet und fachliche Expertise aus Versorgung, Selbstverwaltung, Digitalisierung und Industrie unter dem Vorsitz des GKV-Spitzenverbandes zusammenführt. Die Zusammensetzung trägt dem Umstand Rechnung, dass die zu fördernden Vorhaben Transformations-, Technologie- und Implementierungsfragen betreffen.

Die nähere Ausgestaltung durch Geschäfts- und Verfahrensordnung dient der Transparenz, Vermeidung von Interessenskonflikten sowie der Sicherstellung geordneter Entscheidungs-

prozesse. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Genehmigungsverfahren insbesondere, ob die Geschäfts- und Verfahrensordnung die gesetzlich vorgeschriebenen Regelungsgegenstände hinreichend bestimmt und ob die vorgesehenen Regelungen zum Ausschluss von Interessenkonflikten geeignet sind, die Objektivität und Unparteilichkeit des Förderverfahrens zu gewährleisten.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ermöglicht zur operativen Abwicklung des Förderverfahrens die Beauftragung eines Förderträgers, der über die erforderliche fachliche und organisatorische Infrastruktur verfügt. Hierzu gehören insbesondere die Antragsbearbeitung, fachliche Vorprüfung Bescheiderstellung sowie die Prüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung, sowie Beauftragung der Evaluation.

Der Förderträger nimmst seine Aufgaben in einem doppelten Funktionszusammenhang wahr: Er unterstützt einerseits das Bundesministerium für Gesundheit bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und bereitet andererseits die Entscheidungen des Digital Health Councils vor. Damit ist der Förderträger das administrative Bindeglied zwischen der ministeriellen Steuerungsebene, dem Entscheidungsgremium sowie den Förderempfängern. Die Beauftragung begründet ein Weisungsverhältnis, das die fachliche und rechtliche Aufsicht des Ministeriums über den Förderträger sicherstellt.

Zu Nummer 138

Im Interesse der Betroffenen zur Vermeidung weiterer Beitragsschulden und zur effizienten verwaltungsseitigen Umsetzung ist eine automatische Beendigung der in Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R begründeten freiwilligen Mitgliedschaften von bereits dem Grunde nach Anspruchsberechtigten nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) angezeigt. Erfasst werden nur freiwillige Mitgliedschaften, die seit dem Tag des Urteils bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes begründet wurden und bei denen die Mitglieder an diesem Tag (Inkrafttreten) grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG haben. Hierbei reicht es bereits aus, wenn für die Mitglieder ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG nur dem Grunde nach besteht. Hierdurch werden diese Personen auch hinsichtlich ihrer Absicherung im Krankheitsfall wieder der aus Steuermitteln zu finanzierenden Krankenversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zugeordnet. Das ist im Hinblick auf die zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b dieses Gesetzes dargelegte Intention des Gesetzgebers sachgerecht.

Für die aufgelaufenen Beitragsschulden infolge der durch das Urteil begründeten freiwilligen Mitgliedschaften steht den Krankenkassen im Rahmen ihres Ermessens das Instrument des Erlasses von Beiträgen zur Verfügung. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber mittels der Klarstellung in § 5 Absatz 8a Satz 2 eine missverständliche Formulierung ausräumt und zwischenzeitlich begründete Mitgliedschaften mit hiesiger Regelung kraft Gesetzes beendet werden, um den Rechtszustand vor dem Urteil wiederherzustellen, dürften regelhaft Billigkeitsgründe für einen Erlass der Beitragsschulden gegeben und auch kein Antrag des Mitglieds für den Erlass notwendig sein (vgl. auch Einheitliche Grundsätze zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen (Beitragserhebungsgrundsätze) des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 17. Februar 2010 – in der Fassung vom 26. September 2022).

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der §§ 137f und 137g, mit der das Zulassungsverfahren für DMP entfällt.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der §§ 137f und 137g, mit der das Zulassungsverfahren für DMP entfällt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Vorgaben des neuen Absatzes 2a (Buchstabe b), wonach der G-BA keine Anforderungen an Schulungen, sondern an Patienteninformationen regelt, wenn für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund des Wegfalls entsprechender Vorgaben in der RSAV zur quartalsbezogenen Dokumentation wird der G-BA künftig ermächtigt, die jeweiligen Anforderungen an die Zeiträume, auf die sich die Dokumentation bezieht, und die Intervalle, in denen einen Dokumentation erfolgen soll, in seinen Richtlinien zu regeln.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 2a konkretisiert die Anforderungen an Schulungen für Versicherte, die der G-BA regeln kann. So wird insbesondere klargestellt, dass Schulungen grundsätzlich auch unter Verwendung digitaler Anwendungen wie Apps beziehungsweise Webanwendungen oder telemedizinisch erfolgen können, wenn dies technisch möglich ist und keine medizinischen Gründe dagegensprechen. Vor dem Hintergrund, dass bisher aufgrund fehlender oder als unzureichend evaluiert bewerteter Schulungen Verträge zur Durchführung der DMP nicht zustande kamen, soll der G-BA künftig dafür Sorge tragen, dass die Umsetzung der DMP in der Versorgung nicht mehr nur am Fehlen einer Schulungsevaluation nach höchsten Kriterien scheitern sollen. Stattdessen sollen Schulungen oder ähnliche Interventionen wie zum Beispiel Patienteninformationen auf der Basis der Verfügbarkeit in der Versorgungsrealität ausgewählt werden können. Soweit die bisherige Regelung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA die Einleitung einer begleitenden Evaluation eines noch nicht hinreichend evaluierten Schulungsprogramms als Voraussetzung für die Zulässigkeit des strukturierten Behandlungsprogramms vorsah, hat dies im Ergebnis nicht hinreichend zur tatsächlichen Umsetzung der DMP in der Versorgung beigetragen. Künftig hat der G-BA keine Anforderungen mehr an Schulungen oder deren begleitende Evaluation, sondern stattdessen an Patienteninformationen zu regeln, wenn und solange für eine Erkrankung bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen.

Für die telemedizinische Durchführung der Schulungen sind in der Regel die Videodienste zu nutzen, die in der vertragsärztlichen Versorgung zur Durchführung der Videosprechstunde verwendet werden und die die Vereinbarung nach § 365 Absatz 1 festgelegten Anforderungen erfüllen. Die darunter fallenden Videodienste erfüllen etwa Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit. Die Videodienste werden in einer von der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geführten Liste aufgeführt und sind frei am Markt verfügbar. Die Videodienste sind auch für die Durchführung von Gruppenschulungen geeignet. Durch die Nutzung der entsprechenden Dienste entfallen kostenintensive Prüfungen des Datenschutzes und der Informationssicherheit vor Verwendung. Ein Abweichen von der regelhaften Nutzung entsprechender Dienste kann im Einzelfall in Betracht kommen, wenn diese im Hinblick auf das Schulungskonzept ungeeignet sind und nicht die dafür benötigten Funktionalitäten beinhalten. Auch in diesem Fall müssen die Dienste die gesetzlichen Anforderungen an den Datenschutz umsetzen und die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Die eingesetzten telemedizinischen Verfahren und digitalen Anwendungen müssen den Datenschutz und die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten und die Vorgaben des Artikel 32 der Datenschutz-Grundverordnung einhalten. Herangezogen werden können etwa die Vorgaben für telemedizinische Verfahren nach den §§ 365 ff oder die nach § 139e Absatz 10 und 11 für digitale Anwendungen festgelegten Anforderungen und Prüfverfahren.

Die Belange von Menschen mit Behinderungen sind bei allen Aspekten zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe c

Durch die Einfügung der neuen Sätze 1 und 2 in Absatz 3 werden die Krankenkassen ausdrücklich gesetzlich verpflichtet, ihren Versicherten zu allen vom G-BA festgelegten chronischen Krankheiten flächendeckend DMP anzubieten. Für die Krankenkassen gilt eine Frist von einem Jahr nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Anforderungen des G-BA an das DMP für die jeweilige Erkrankung. Die Jahresfrist für die Krankenkassen, die noch kein Programm für eine Erkrankung anbieten, zu der bereits in der Vergangenheit die Anforderungen des G-BA erstmalig in Kraft getreten sind, beginnt mit dem Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelung. Die Jahresfrist für das erweiterte Angebot für behandlungsbedürftige Versicherte mit hohem Risiko für eine in den Richtlinien nach Absatz 1 festgelegte chronische Krankheit beginnt mit dem erstmaligen Inkrafttreten der entsprechenden Anforderungen des G-BA.

Die zur Durchführung des Programms erforderlichen Verträge, insbesondere nach den neuen Absätzen 6 und 6b, müssen so rechtzeitig zustande kommen, dass die Einhaltung dieser Frist gewährleistet ist. Die Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen nach dem neuen Satz 3 dient der Transparenz für die Versicherten über die von ihrer Krankenkasse angebotenen DMP und die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, aber auch für die Aufsichtsbehörden über die Einhaltung der gesetzlichen Jahresfrist. Der weitergehenden Pflicht zur regelmäßigen Information der Versicherten können die Krankenkassen beispielsweise durch entsprechende Hinweise in allgemeinen Kommunikationsmitteln wie Mitgliederzeitschriften oder Newslettern oder auch durch individuelle Ansprache der Versicherten nachkommen (vergleiche § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14).

Zu Buchstabe d

Mit dem neuen Absatz 3a werden die Regelungen aus § 24 Absatz 1 Nummer 3 RSAV überwiegend inhaltlich übernommen. Damit werden die dort bislang enthaltenen Informationspflichten gegenüber den Versicherten nunmehr gesetzlich vorgegeben. Nicht mehr enthalten ist die Vorgabe zur Beendigung der Teilnahme bei fehlender Mitwirkung.

Die in Satz 1 Nummer 2 genannte Datenverarbeitung, über deren Reichweite hier informiert werden muss, setzt – wie bisher – eine wirksame Einwilligung der teilnehmenden Versicherten voraus, die den Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung, insbesondere des Artikels 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe a, Artikel 7 und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a Datenschutz-Grundverordnung genügen muss.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Verpflichtung der Krankenkassen oder ihrer Verbände zu einer externen Evaluation der für dieselbe Krankheit festgelegten Programme bleibt bestehen. Die Bestellung des unabhängigen Sachverständigen wird durch die Änderung von dem BAS auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen und hat wie bisher im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband auf deren Kosten zu erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird geregelt, dass Daten von Versicherten, die nicht mehr an den DMP teilnehmen und für die daher seit drei Jahren keine Dokumentation nach den Vorgaben der DMP-A-RL des G-BA vorliegt, nicht mit in die Evaluation einbezogen werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden für jedes Kalenderjahr zu erstellenden Qualitätsberichte sind nicht mehr dem BAS vorzulegen. Zur Herstellung von Transparenz über die Qualität der Programme sind sie künftig in geeigneter Form zu veröffentlichen (zum Beispiel im Internet). Darin ist weiterhin über das Erreichen der Qualitätsziele, über Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu berichten, wie zum Beispiel die Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (zum Beispiel Remindersysteme) für Versicherte und Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.

Zu Buchstabe f

Der hier neugefasste Absatz 6 sowie die neuen Absätze 6a bis 6b enthalten Regelungen zu den für die Durchführung der DMP erforderlichen Verträgen, um die DMP-Versorgung mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie – soweit erforderlich und möglich – zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen. Soweit im Rahmen der jeweiligen Programme nach den Anforderungen des G-BA auch weitere Leistungserbringer, wie etwa Rehabilitationseinrichtungen einzubeziehen sind, erfolgt dies wie bisher weiterhin nach den jeweils einschlägigen Regelungen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die flächendeckende Sicherstellung des Angebots der DMP durch Verträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Verträge sind künftig auch für alle neu vom G-BA geregelten DMP abzuschließen, wie dies auch bisher schon auf freiwilliger Basis – jedenfalls für die bereits in der Versorgung etablierten DMP – von den Krankenkassen beziehungsweise Kassenverbänden weitgehend erfolgt ist. Die Vorgabe eines gemeinsamen und einheitlichen Vertragsschlusses der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen entspricht bis auf wenige Ausnahmen bereits der bisherigen Praxis. Durch die gesetzliche Verpflichtung zum Vertragsabschluss ergeben sich gegenüber den bisherigen Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen keine neuen Anforderungen an die Inhalte, die im Wesentlichen durch die Vorgaben des G-BA nach Absatz 2 bestimmt sind. Wie bisher erfolgt die Teilnahme geeigneter Leistungserbringer an der DMP-Versorgung, in dem sie dem Vertrag zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen beitreten und der Vertrag damit für sie wirksam wird. Um künftig sicherzustellen, dass die Umsetzung neuer DMP nicht an einem fehlenden Vertragsschluss zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen scheitert oder dadurch verzögert wird, sieht Absatz 6a künftig die Durchführung eines Schiedsverfahrens vor. Bereits bisher werden die Verträge unbefristet abgeschlossen und hinsichtlich der Vergütungsregelungen allenfalls im zweijährlichen oder län-

geren Rhythmus angepasst. Um jährliche Verhandlungen über Vertragsanpassungen hinsichtlich der Regelungen zur Vergütungshöhe auch künftig zu vermeiden, wird in Satz 3 vorgegeben, dass Vertragsregelungen, die die Vergütungshöhe betreffen, frühestens nach zwei Jahren gekündigt werden können. Nach Satz 4 gilt im Falle des Endes eines Vertrages, dass der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson nach Absatz 6a vorläufig weitergilt, um das Angebot der DMP für die betroffenen Versicherten fortlaufend sicherzustellen. Satz 5 regelt, dass die bereits geschlossenen Verträge zur Umsetzung der DMP von dem Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelungen zur Weiterentwicklung der DMP unberührt bleiben, sie also weitergelten und nicht aufgrund dieser gesetzlichen Änderung angepasst werden müssen. Dies gilt auch für Verträge, die bisher nicht gemeinsam und einheitlich abgeschlossen wurden, und für Verträge, die Krankenkassen nach dem bisherigen Recht mit einzelnen Vertragsärztinnen und -ärzten oder Gruppen von Leistungserbringern abgeschlossen haben statt mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Satz 6 regelt, dass die bereits geschlossenen Verträge zur Umsetzung der DMP auch im Falle ihrer Kündigung solange weitergelten, bis ein neuer Vertrag zustande gekommen ist. Damit wird sichergestellt, dass die bereits laufenden Programme ohne Unterbrechung fortgeführt werden.

Zu Absatz 6a

Absatz 6a regelt das Nähere zu diesem Schiedsverfahren. Wenn sich die Vertragsparteien nicht innerhalb der in Absatz 3 Satz 2 genannten Jahresfrist auf einen Vertrag einigen können, haben sie das Schiedsverfahren einzuleiten, in dem sie sich innerhalb eines Monats auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen haben. Erfolgt keine Verständigung bestimmt das BAS die Schiedsperson. Für diese Tätigkeit erhebt des BAS von den Vertragsparteien Kosten deckende Gebühren. Zudem wird geregelt, dass Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson oder den Gebührenbescheid keine aufschiebende Wirkung haben und ein Vorverfahren nicht stattfindet. Im Falle einer Klage gegen den von der Schiedsperson festgelegten Vertragsinhalt wird dessen vorläufige Geltung bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit vorgegeben, um das zeitnahe Zustandekommen bzw. die Weiterführung der DMP-Versorgung sicherzustellen.

Zu Absatz 6b

Absatz 6b gibt vor, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an DMP mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausgesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die im Rahmen der Programme zu erbringenden Krankenhausleistungen schließen sollen, soweit die Anforderungen in der DMP-A-RL des G-BA dies erfordern. Es handelt sich um eine Soll-Regelung, um tatsächlichen Hindernissen Rechnung zu tragen, die einer vertraglichen Einbindung von Krankenhäusern im konkreten Fall entgegenstehen können, etwa weil es regional an geeigneten und vertragsbereiten Krankenhäusern fehlt. So haben sich beispielsweise im Hinblick auf die Umsetzung des DMP Rheumatoide Arthritis in der Vergangenheit bereits entsprechende Probleme ergeben. Künftig soll das Angebot der DMP nicht an solchen Hindernissen scheitern. Die Teilnahme eines geeigneten Krankenhauses an der DMP-Versorgung erfolgt – wie auch bisher – entweder durch einen eigenständigen Vertragsschluss oder im Wege des Beitritts zu einem von der Landeskrankenhausgesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im Land geschlossenen Vertrag, der damit Rechtswirkung für das Krankenhaus entfaltet. Ein Kontrahierungszwang besteht für die Krankenhäuser nicht. Satz 3 stellt klar, dass der eigenständige Vertragsschluss und der Beitritt zu einem von der Landeskrankenhausgesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im Land geschlossenen Vertrag, auch für Krankenhäuser möglich ist, deren Sitz in einem anderen Bundesland liegt. Die Regelungen in Satz 1 bis 3 gelten entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung weiterer Sätze in Absatz 3 und der sich daraus ergebenden Änderung der Satznummerierung.

Zu Buchstabe h

Der neue Absatz 10 entspricht im Wesentlichen dem bislang in § 137g enthaltenen Absatz 2 Satz 1 und 4. Die Regelungen in § 137g Absatz 2 mit Bezug zum Zulassungsverfahren entfallen. § 137g wird mit einem anderen Inhalt neugefasst (Nummer 4).

Zu Nummer 4

Zu § 137g (Weitere Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme)

Mit der Neufassung des § 137g entfällt das bislang hier geregelte Zulassungsverfahren durch das BAS. Die vorherige Prüfung der Verträge und Zulassung der Programme durch das BAS ist im Hinblick auf die mit diesem Gesetzentwurf vorgesehene Abschaffung der Programmkostenpauschale für DMP nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr gerechtfertigt. Der Verzicht auf das Zulassungsverfahren führt gleichzeitig zu einem Abbau von Hürden für Vertragsschlüsse und zu einer Verringerung des Bürokratieaufwands. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen liegt damit wie auch bei anderen Leistungen bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Damit wird der Aufwand beim BAS für seine Aufgaben im Zusammenhang mit DMP um fast die Hälfte reduziert.

Anstelle des Zulassungsverfahrens werden in § 137g nunmehr weitere Vorgaben für die DMP gesetzlich vorgegeben.

Inhaltlich entsprechen die Regelungen in den neuen Absätzen 1 bis 3 im Wesentlichen den Vorgaben in § 25 RSAV, die mit diesem Gesetz aufgehoben werden. Die Regelungen werden insoweit auf die gesetzliche Ebene überführt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen inhaltlich § 25 Absatz 1 RSAV und übernimmt insoweit die Regelungen zur Dokumentation und Datenverarbeitung. Nicht übernommen wird die Bezugnahme auf eine Überprüfung der Einschreibung aufgrund des Wegfalls insbesondere der Regelungen in § 24 Absatz 2 RSAV. Soweit sich aus § 24 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c RSAV bisher die Möglichkeit ableiten ließ, unvollständige oder fehlerhafte Dokumentationen innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Ablauf der nun in genannten Frist zu korrigieren, folgt aus dem Verzicht auf diesen Tatbestand der Beendigung der DMP-Teilnahme kein Verbot einer nachträglichen Korrektur unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentationen. Da im Gesetz keine Frist für eine zulässige Korrektur vorgegeben wird, können die Vertragsparteien hierzu eine entsprechende Regelung vereinbaren.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 2 Satz 1 RSAV und übernimmt insoweit die Datenverarbeitungs- und Informationsvorgaben. Satz 2 enthält die Klarstellung, dass Verträge, die vor dem Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelungen nach den bis zum 31. Dezember 2027 geltenden in § 25 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 RSAV genannten Vorgaben geschlossen wurden, unberührt bleiben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 4 RSAV und übernimmt insoweit die Regelung zur Datenübermittlung zum Zweck der Evaluation.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung entfällt die Verordnungsermächtigung hinsichtlich der DMP. Besondere Regelungen zu den DMP in der RSAV sind infolge der Abschaffung der Programmkostenpauschale für DMP nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und des damit einhergehenden Verzichts auf das Zulassungsverfahren beim BAS nicht mehr erforderlich. Die weiterhin benötigten Regelungen in § 4 RSAV zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben lassen sich hinsichtlich der im Rahmen der verpflichtenden DMP erbrachten Leistungen künftig auf die Ermächtigung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2 stützen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Nummer 3 in Satz 1.

Zu Buchstabe b

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2027 erfolgen nach den bis zum 31. Dezember 2027 geltenden maßgeblichen Vorgaben der §§ 266 und 270. Daher sind die neuen Vorgaben an die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gemäß den in Artikel 2 enthaltenen Änderungen der §§ 266 und 270 sowie die der Umsetzung dienenden Regelungen in der RSAV (Artikel 16) erstmals für das Ausgleichsjahr 2028 anzuwenden. Ab dem Ausgleichsjahr 2028 erhalten die Krankenkassen somit keine gesonderten Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen. Stattdessen sind diese Aufwendungen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung entfallen die gesonderten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung von DMP entstehen (Programmkostenpauschale). Aufgrund der ausdrücklichen gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen zum Angebot von DMP zu allen vom G-BA festgelegten Krankheiten ist ein gesonderter finanzieller Anreiz zum Angebot dieser Programme nicht mehr erforderlich. Da die Programmkostenpauschale bislang mit einem komplexen Bereinigungsverfahren im Risikostrukturausgleich bei den standardisierten Leistungs- und Verwaltungsausgaben einherging, wird durch den Entfall der Pauschale das Verfahren des Risikostrukturausgleichs vereinfacht.

Obwohl die Programmkostenpauschale entfällt, bestehen für die Krankenkassen weiterhin Anreize, DMP anzubieten. Die Aufwendungen der Krankenkassen für DMP werden nach Wegfall der Programmkostenpauschale zwar nicht mehr pauschal ausgeglichen, finden dann jedoch im Rahmen des regulären Zuweisungsverfahrens für standardisierte Leistungsausgaben Berücksichtigung. Die prospektive Ausgestaltung des Risikostrukturaus-

gleichs setzt Anreize für Krankenkassen, dass ihre chronisch erkrankten Versicherten leitliniengerecht behandelt werden, da hiermit Folgekosten durch Krankheitsverschlechterungen geringgehalten werden (zum Beispiel gute Blutzucker-Einstellung bei Diabetes-Patienten).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Nummer 2 in Absatz 1. Aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale sind gesonderte Datenerhebungen und -übermittlungen für die Versicherten mit Einschreibung in ein DMP mit und ohne Zulassung nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung weiterer Sätze in § 137f Absatz 3 und der sich ergebenden Änderung der Satznummerierung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a und Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Buchstabe c

Seit dem Jahr 2014 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich einen sogenannten Extremkostenbericht zu erstellen. Dieser Bericht führt nicht nur beim InEK, sondern auch bei den Krankenhäusern, die dem InEK für die jährliche Kalkulation des Entgeltsystems Kostendaten übermitteln, zu einem Bürokratieaufwand. In den ersten Jahren der Erstellung des Berichts hat dieser zu einer höheren Transparenz beigetragen. Mittlerweile steht dem Aufwand jedoch kein entsprechender Nutzen mehr gegenüber. Folglich werden mit der Streichung der Regelung sowohl das InEK als auch die Kalkulationskrankenhäuser von jährlichem Bürokratieaufwand entlastet.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 5

Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen haben bisher unter anderem auch Daten zur Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) an die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Für somatische Krankenhäuser gelten die Vorgaben der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (Pfle-

gepersonaluntergrenzen-Verordnung), für deren Weiterentwicklung eine entsprechend differenzierte Meldung von Pflegepersonaldaten erforderlich ist. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hingegen gelten abweichende Personalvorgaben nach der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und es sind die Nachweise über die Erfüllung der Personalvorgaben nach § 18 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung zu erbringen. Aus diesem Grunde wird im Vertrauen auf eine weiterhin belastbare Datenübermittlung durch die somatischen Krankenhäuser zukünftig auf die differenzierte Datenübermittlung zum Pflegepersonal in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG verzichtet. Damit werden die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen von bürokratischem Aufwand entlastet.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 7

Zu § 18a (Landeskrankenhausschiedsstelle, Verordnungsermächtigung)

Der Regelungsinhalt des § 18a beschränkt sich zukünftig auf Regelungen zur Schiedsstelle auf Landesebene. Die Schiedsstelle auf Bundesebene wird in einen neuen § 18b überführt und angepasst. Dadurch sollen die Regelungen zu den Schiedsstellen im Krankenhausfinanzierungsgesetz übersichtlicher und damit anwenderfreundlicher gestaltet werden. Die Einführung des Namens „Landeskrankenhausschiedsstelle“ für die im bisherigen § 18a Absatz 1 gesetzlich verankerte Schiedsstelle auf Landesebene dient der besseren Abgrenzbarkeit der im Gesundheitswesen bestehenden verschiedenen Schiedsstellen. Die Landeskrankenhausschiedsstelle wird in die Lage versetzt, sich eine Geschäftsordnung zu geben und damit die internen Arbeitsabläufe selbst zu bestimmen. Darüber hinaus finden Anpassungen an die Schiedsregelungen des SGB V statt. Es wird festgelegt, dass die Landesregierungen durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln können. Darüber hinaus wird die Geschäftsordnung der Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 2 Satz 1, die Vereinbarung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 3 sowie die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 4 für entsprechend anwendbar erklärt, sofern die Geschäftsordnung der Landeskrankenhausschiedsstelle oder die Rechtsverordnung der Landesregierung oder obersten Landesbehörde nichts Abweichendes regeln. Dies dient insbesondere dem Bürokratierückbau, der Verfahrenserleichterung und -vereinheitlichung. Abschließend wird klargestellt, dass der Rechtsweg gegen die Entscheidung der Bundeskrankenhausschiedsstelle dem der Entscheidung zugrundeliegenden Streitsache folgt.

Zu § 18b (Bundeskrankenhausschiedsstelle, Verordnungsermächtigung)

Durch die Einführung eines neuen Paragraphen für die Krankenhausschiedsstelle auf Bundesebene sollen die Regelungen zur Schiedsstelle im KHG übersichtlicher und damit anwenderfreundlicher gestaltet werden. Die Einführung des Namens „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ für die im bisherigen § 18a Absatz 6 gesetzlich verankerte Schiedsstelle auf Bundesebene dient der besseren Abgrenzbarkeit der im Gesundheitswesen bestehenden verschiedenen Schiedsstellen. Die Bundeskrankenhausschiedsstelle wird in die Lage versetzt, sich eine Geschäftsordnung zu geben und damit die internen Arbeitsabläufe selbst zu bestimmen. Darüber hinaus finden Anpassungen an die Schiedsregelungen des SGB V

statt. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit keine entsprechenden Regelungen in einer Rechtsverordnung bestimmt hat, haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die DKG Näheres über die Erstattung der baren Auslagen, die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Verfahrensgebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu vereinbaren. Darüber hinaus können der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die DKG Näheres über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Geschäftsführung und das Verfahren vereinbaren, soweit dies nicht vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung geregelt wurde. Es wird festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Geschäftsführung, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln kann. Dies bietet unter anderem die Möglichkeit der Vereinheitlichung von Verfahrensregelungen im Schiedswesen. Abschließend wird klargestellt, dass der Rechtsweg gegen die Entscheidung der Bundeskrankenhausschiedsstelle dem der Entscheidung zugrundeliegenden Streitsache folgt.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 9

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Nummer 10

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 4 Satz 1. Da zukünftig auf den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal verzichtet wird, ist in der Vereinbarung folglich auch nicht mehr zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Krankenhäuser werden von Bürokratie entlastet, indem auf die Erbringung des Nachweises, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, verzichtet wird. Durch die Vereinheitlichung der Tarifrefinanzierung oberhalb der Obergrenze für alle Berufsgruppen ist ein Nachweis ausschließlich über die zweckentsprechende Mittelverwendung von Tariferhöhungen von Pflegepersonal nicht mehr sinnvoll. Statt den Nachweis auf alle Berufsgruppen zu erweitern, wird zum Zweck des Bürokratierückbaus gänzlich auf den Nachweis verzichtet.

Zudem ist die bisherige Nummer 1 durch Zeitablauf überholt und wird daher gestrichen. In der Folge kann auf die Nummerierung verzichtet und die Jahresangabe in der bisherigen Nummer 2 gestrichen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Buchstabe b

Mit den unter Doppelbuchstaben aa und bb getroffenen Regelungen wird die bisherige faktische, durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Januar 2026 (Aktenzeichen B 1 KR 9/25 R) jedoch infrage gestellte, rechtliche Bindungswirkung der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erteilenden Information darüber, ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht abgerechnet werden kann, klarstellend im Gesetzeswortlaut abgebildet.

Bislang bereits haben Krankenhäuser bis zum 31. Oktober beim InEK eine Information einzuholen, ob eine neue Methode mit den vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann; für eine neue Methode, die die Gabe von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes enthält, kann ein Krankenhaus zusätzlich bis spätestens zum 30. April eine Information einholen. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber ursprünglich lediglich die Intention hatte, vorzugeben, dass ein Krankenhaus, das ein entsprechendes Entgelt für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) vereinbaren möchte, innerhalb der vorgegebenen Fristen an das InEK eine entsprechende Anfrage zur Abrechnungsfähigkeit stellen soll, nicht jedoch, dass auch die Information des InEK bereits innerhalb der Fristen zu ergehen hat, erfolgt insoweit eine klarstellende Anpassung des Wortlauts (Satz 3). Denn das InEK hat in seinen Verfahrenseckpunkten zu Anfragen nach § 6 Absatz 2 KHEntgG seinerseits Bearbeitungsfristen festgelegt, für die der Gesetzgeber keine Vorgaben treffen wollte.

Mit der Regelung in Satz 4 erfolgt eine aufgrund des BSG-Urteils erforderliche klarstellende Regelungsanpassung: Bereits bislang ist davon auszugehen, dass die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 11, die Information des InEK bei ihrer NUB-Vereinbarung zu berücksichtigen, faktisch dazu führt, dass eine solche unterbleiben muss, soweit das InEK zu dem Prüfergebnis kommt, dass die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpau-

schalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Um der Information des InEK unzweifelhafte rechtliche Bindungswirkung zu verleihen, wird insoweit präzisierend geregelt, dass die Vereinbarungsberechtigung für die Vertragsparteien von dem Prüfergebnis des InEK abhängt. Mit den Anpassungen in Satz 5 wird als Konsequenz aus der Regelung hinsichtlich der rechtlichen Bindungswirkung der InEK-Information – neben analog zu Satz 3 vorzunehmenden Formulierungsanpassungen – vorgegeben, dass für den Fall, dass das InEK bis zur Budgetvereinbarung keine Information erteilt hat, gleichwohl ein NUB-Entgelt in den bislang bereits geregelten Fällen vereinbart werden kann und es sich hierbei um eine Abweichung zur in Satz 4 geregelten Bindungswirkung handelt.

Die Anpassungen in Satz 10 dienen dazu, Einheitlichkeit in den Formulierungen im Vergleich zu den Änderungen in den Sätzen 3 bis 5 zu gewährleisten. Entsprechend wird die Information des InEK näher konkretisiert und diese als Zulässigkeitskriterium im Sinne von Satz 4 für den Fall konturiert, dass es sich bei der angefragten NUB um ein noch nicht zugelassenes Arzneimittel handelt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Bislang hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene die Einzelheiten zu vereinbaren für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben. Aufgrund der Streichung dieses Nachweises ist die Vereinbarung der Einzelheiten nicht mehr erforderlich. Bei der Streichung der Vorgabe handelt es sich somit um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 11 Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 4 Satz 1. Da zukünftig auf den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal verzichtet wird, ist in der Vereinbarung folglich auch nicht mehr zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Krankenhäuser werden von Bürokratie entlastet, indem auf die Erbringung des Nachweises, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, verzichtet wird. Durch die Vereinheitlichung der Tarifrefinanzierung oberhalb der Obergrenze für alle Berufsgruppen ist ein Nachweis ausschließlich über die zweckentsprechende Mittelverwendung von Tariferhöhungen

von Pflegepersonal nicht mehr sinnvoll. Statt den Nachweis auf alle Berufsgruppen zu erweitern, wird zum Zweck des Bürokratierückbaus gänzlich auf den Nachweis verzichtet.

Eine Reduktion des Erfüllungsaufwands ergibt sich durch diese Regelung nicht, weil davon ausgegangen wurde, dass mit der Einführung des Pflegebudgets dieser Nachweis nicht mehr erforderlich ist und eine entsprechende Entlastung für die Krankenhäuser bereits im Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) angesetzt wurde.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 18a und § 18b KHG.

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) erhalten und in der GKV freiwillig versichert sind, erhalten zu ihrem Beitrag zur GKV einen Zuschuss seitens der GRV. Dieser wird bisher mit der Rente an das Mitglied ausgezahlt. Das Mitglied zahlt den vollen Krankenversicherungsbeitrag an die Krankenkasse. Zur Verfahrensvereinfachung wird zukünftig der Zuschuss gestrichen und stattdessen die direkte Tragung eines Beitragsanteils der GRV im SGB V eingeführt. Der Beitragsanteil beträgt die Hälfte des Beitrags aus der Rente der GRV und entspricht damit der bisherigen Höhe des Zuschusses. Der Beitragsanteil der Versicherten wird vom Zahlbetrag der Rente abgezogen und zusammen mit dem Beitragsanteil der Rentenversicherung von der Deutschen Rentenversicherung Bund an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Für die Versicherten entsteht insofern kein finanzieller Vor- oder Nachteil, da der Beitrag aus der Rente zukünftig nicht mehr an die Krankenkassen zu zahlen ist. Im Ergebnis wird das bestehende Verfahren für die aus einer Rente zu zahlenden Pflichtbeiträge auch für freiwillig Versicherte angewandt. Es ist kein neues Beitragszahlungs- und –nachweisverfahren zu etablieren, sondern das bestehende Verfahren wird nur erweitert. Die Krankenkassen sind an dem Abführungsverfahren zum Beitrag aus der Rente nicht mehr beteiligt, da dieser Beitrag direkt an den Gesundheitsfonds fließt.

Im Beitragsbescheid für die Beiträge der freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentner berücksichtigen die Kranken- und Pflegekassen bei der Beitragsbemessung, dass der Beitrag aus der gesetzlichen Rente bereits anderweitig abgeführt wurde. Dies macht eine Anpassung der Beitragsbescheide für freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner sowie Programmänderungen bei der maschinellen Beitragsberechnung erforderlich. Die Informationen über die Höhe des Beitrags aus der gesetzlichen Rente erhalten die Kassen über

das bestehende maschinelle Meldeverfahren in der Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner. Insgesamt trägt die Maßnahme zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung bei der Beitragszahlung für freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner bei.

Zu Nummer 2

Der Wegfall des § 108 Absatz 2 ist eine Folgeänderung zur Einführung des Quellenabzugsverfahren für freiwillig Krankenversicherte und Streichung des Zuschusses zu den Aufwendungen zur freiwilligen Krankenversicherung (siehe § 106).

Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Einkommensgrenzen der beitragsfreien Familienversicherung werden – wie im Recht der GKV (siehe Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a) - vereinheitlicht und auf die Geringfügigkeitsgrenze nach dem Vierten Buch angehoben werden (ab 2026: 603 Euro).

Aktuell entspricht das zulässige Gesamteinkommen für die Durchführung der beitragsfreien Familienversicherung 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2026: 565 Euro). Bei geringfügig Beschäftigten ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Mit der gesetzlichen Änderung werden die Einkommensgrenzen der beitragsfreien Familienversicherung vereinheitlicht und künftig auf die Geringfügigkeitsgrenze nach dem Vierten Buch angehoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung nach Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Wie im Recht der GKV (siehe Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b) soll die Prüfung der Tatbestände zur Verlängerung der beitragsfreien Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus vereinfacht werden.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden nunmehr auch private Pflegeversicherungsunternehmen in die Zusammenarbeit mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen einbezogen. Damit wird eine systemübergreifende Betrugsprävention und -ermittlung, die soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung gemeinsam in den Blick nimmt, sichergestellt.

Zu Buchstabe b

Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sollen personenbezogene Daten im Regelfall untereinander und an andere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln und auswerten, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Absätzen 1, 1a und 3 SGB V erforderlich ist. Dass Pflegekassen miteinander Daten teilen, um gemeinsam gegen Fehlverhalten vorzugehen, wird damit zur Pflicht.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 um zwei neue Nummern werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummern 6 und 7 des Fünften Buches.

Zu Nummer 3

Wie im Recht der GKV (siehe Artikel 1 Nummer 104 wird für die Festsetzung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung und die Prüfung des Gesamteinkommens im Rahmen der Familienversicherung ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Finanzbehörden und den Pflegekassen eingeführt.

Zu Nummer 4

Wie im Recht der GKV (siehe Artikel 1 Nummer 106 soll eine Vertrauensschutzregelung bei rückwirkendem Entfall der Familienversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt werden.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelung zur Prüfung der Beitragszahlungen und Meldungen für Beziehende von Versorgungsbezügen (siehe Artikel 1 Nummer 114), da das Prüfverfahren auch die Beitragszahlungen zur sozialen Pflegeversicherung betrifft.

Zu Artikel 8 (Änderung des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

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 2

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 Artikel 9 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 130b Absatz 3a Satz 4 SGB V.

Zu Artikel 10 (Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes)

Zu § 9a

Mit der Regelung wird für die Teilnahme von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beziehungsweise von Krankengymnastinnen und Krankengymnasten an Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang nach § 64f SGB V der Erwerb erweiterter Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Patientenanamnese sowie eigenverantwortlichen physiotherapeutischen Diagnostik im Hinblick auf physiotherapeutische Behandlungen vorgegeben. Des Weiteren wird vorgegeben, dass Patientenanamnese, physiotherapeutische Diagnostik und Behandlung auf Basis von wissenschaftlichen Grundlagen und wissenschaftlicher Methodik erfolgen sollen. Diese erweiterten Kompetenzen

sind Qualifikationsvoraussetzung, damit Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beziehungsweise Krankengymnastinnen und Krankengymnasten eigenverantwortlich Entscheidungen über den Behandlungsprozess von Patientinnen und Patienten treffen und im Rahmen entsprechender Modellvorhaben tätig werden können.

Die Ausbildung zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Rahmen des Modellvorhabens muss an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfolgen. Sie kann im Rahmen einer Erstausbildung und für Personen, die bereits eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 beziehungsweise nach § 16 Absatz 1 Satz 2 besitzen, durchgeführt werden. Sie muss nach Inhalt und Umfang geeignet sein, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beziehungsweise Krankengymnastinnen und Krankengymnasten die für eine Tätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64f SGB V erforderlichen erweiterten Kompetenzen zu vermitteln.

Die Hochschule erstellt als Grundlage für die erweiterte Ausbildung ein Curriculum, das ihre dazu notwendigen Inhalt und Umfang abbildet. Dabei darf der Umfang des Curriculums 900 Stunden nicht unterschreiten. Mit dieser Untergrenze wird im Interesse der Patientensicherheit gewährleistet, dass die Ausbildung zur Erlangung der erweiterten Kompetenzen ein Mindestniveau nicht unterschreitet. Dabei entsprechen 900 Stunden einem Semester in Vollzeit. Durch die festgelegten Mindeststunden wird sichergestellt, dass die erforderlichen Kompetenzen für eine Versorgung im Direktzugang im Rahmen von Modellvorhaben erworben werden, Modulinhalte reflektiert und erlangtes Wissen verfestigt werden kann.

Zum Abschluss der hochschulischen Ausbildung zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Rahmen der Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang erfolgt eine staatliche Prüfung. Der erfolgreiche Abschluss der staatlichen Prüfung ist Voraussetzung dafür, dass die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut beziehungsweise die Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten am Modellvorhaben teilnehmen können. Mit dem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung zum Erwerb erweiterter Kompetenzen geht die Erlaubnis einher, in Modellvorhaben nach § 64f SGB V die den erworbenen erweiterten Kompetenzen entsprechenden heilkundlichen Tätigkeiten auszuüben.

Zu Artikel 11 (Änderung des Gesetzes über die Pflegeberufe)

Die Streichung der Berichtspflicht in § 33 Absatz 8 dient dem Bürokratierückbau. Dabei bleibt die bisherige Möglichkeit zur Anpassung der Finanzierungsanteile der sozialen Pflegeversicherung und der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Finanzierung der Pflegeausbildungen gemäß § 33 Absatz 1 Nummer 2 und 4 per Rechtsverordnung erhalten. Eine Rechtsverordnung der Bundesregierung ist dafür nicht mehr erforderlich und eine Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit ausreichend.

Gleichzeitig ist eine Beteiligung des Bundestages an dem Verordnungsgebungsverfahren nicht mehr vorgesehen. Im Gesetzgebungsverfahren zum Pflegeberufereformgesetz wurde, zusätzlich zur Beteiligung des Bundesrates, die Beteiligung des Deutschen Bundestages für die Anpassung der Finanzierungsanteile der sozialen Pflegeversicherung und der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Zur Vereinfachung des Verordnungsgebungsverfahrens kann nunmehr, wie auch bei der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), auf eine Beteiligung des Deutschen Bundestages verzichtet werden. Mit Artikel 2 Nummer 17, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb des Pflegestudiumstärkungsgesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359 vom 15.12.2023) wurde die Beteiligung des Bundestags in Bezug auf die PflAPrV gestrichen. Dies dient auch hier einer zügigen und sinnvoll gegliederten Verordnungsgebung.

Gleichwohl bleibt es weiterhin Aufgabe der Bundesregierung, den Bundestag über Änderungen in Bezug auf das Finanzierungsverfahrens der Pflegeausbildung frühzeitig zu informieren.

Zu Artikel 12 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“ und die damit verbundenen Anpassungen der §§ 111b und 132a SGB V.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Verzicht auf das Zulassungsverfahren für strukturierte Behandlungsprogramme.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung des Verzichts auf das Zulassungsverfahren für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), die Einführung der Verpflichtung eines einheitlichen und gemeinsamen Vertragsschlusses der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zur Umsetzung der DMP sowie der Einführung eines Schiedsverfahrens wird die bisherige erstinstanzliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen im Zusammenhang mit der Anerkennung von DMP an die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst. Künftig wird die erstinstanzliche Zuständigkeit für alle die strukturierten Behandlungsprogramme betreffenden Streitigkeiten

- zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden untereinander,
- zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen
- in Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Krankenkassen und ihren Verbänden sowie gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen und
- in Angelegenheiten der Bestimmung einer Schiedsperson

beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen konzentriert, um das dort aufgebaute Erfahrungswissen unmittelbar zu nutzen und weiterhin ein hohes Maß an Rechtssicherheit und Rechtseinheitlichkeit zu ermöglichen.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 SGB V sowie zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a SGB V überführt werden.

Zu Artikel 13 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V.

Auch in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung soll eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 22 Absatz 3 Satz 1 für Personen keine Anwendung finden, für die nach

einem nachgehenden Leistungs-anspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V ein Anspruch nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bereits dem Grunde nach besteht.

Zu Buchstabe b

Bei der Streichung von § 2 Absatz 9 Satz 3 handelt es sich um eine regelungssystematische Bereinigung in Folge der Präzisierung des § 2 Absatz 6a Satz 2. Der § 2 Absatz 9 Satz 3 kann entfallen, weil sein Regelungsgehalt vollständig in § 2 Absatz 6a Satz 2 integriert wird.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 6 Absatz 3b SGB V durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025.

Zu Nummer 3

Um das ehrenamtliche Engagement in der grünen Branche zu fördern, sollen bei der Betrachtung des Gesamteinkommens bei der Familienversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung die Einkünfte aus ehrenamtlicher Tätigkeit in der grünen Branche nicht berücksichtigt werden. Außergewöhnlich stark ehrenamtlich engagierte Personen in der Landwirtschaft sollen nicht wegen Überschreitung der steuerlichen Ehrenamtspauschale aus der Familienversicherung fallen. Durch die Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit bei Verbänden und Organisationen der Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus entstehen den familienversicherten Personen keine Nachteile bezüglich des Versichertenstatus in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Die Regelung greift die bereits in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestehenden Ausnahmen bei der Berücksichtigung von landwirtschaftlichen Einkommen als Voraussetzung für eine Familienversicherung auf und erweitert diese maßvoll und verhindert damit einen häufigen Wechsel zwischen den Versicherungsformen je nach Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeit. Auch greift diese Erweiterung die besondere Wertschätzung des Ehrenamts auf, die in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits mit einer Pflichtabsicherung des Unfallrisikos für ehrenamtlich Tätige in § 2 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe d und e Siebtes Buch Sozialgesetzbuch berücksichtigt wird, schränkt diese aber auf die Bereiche Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus ein, um damit insbesondere ehrenamtliche Aktivitäten in branchennahen Verbänden zu fördern. Als Verbände und Organisationen der Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus sind insbesondere die Organisationen zu berücksichtigen, die von § 123 Absatz 1 Nummer 6 SGB VII erfasst werden. Dazu zählen auch Verbände der Landfrauen- sowie der Landjugendarbeit. Von der Regelung werden insbesondere Frauen in ländlichen Räumen profitieren.

Zu Nummer 4

Auf Anregung des BRH soll es trotz grundsätzlichen Ruhens der Leistungen aufgrund von Beitragsrückständen der Landwirtschaftlichen Krankenkasse möglich sein, Betriebshilfen zur Weiterbewirtschaftung des landwirtschaftlichen Betriebes bei Krankheit, Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten, Schwangerschaft oder Mutterschaft des landwirtschaftlichen Unternehmers oder der landwirtschaftlichen Unternehmerin zu gewähren. Hierfür sollen die bestehenden Ausnahmetatbestände um die Leistungen der Betriebshilfe nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte erweitert werden. Dadurch soll auch im Leistungsruhen der Fortbestand des landwirtschaftlichen Unternehmens bei Ausfall der Unternehmerin oder des Unternehmers gesichert und die Möglichkeit zur Rückzahlung der Beitragsrückstände erhalten werden.

Zu Nummer 5

Beseitigung eines redaktionellen Versehens. Im Zuge der Rechtsbereinigung wird die Streichung des Bezugs des vom Elterngeld abgelösten Erziehungsgeldes nachgeholt.

Zu Artikel 14 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 6 Absatz 3b SGB V durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025.

Zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Neufassung von § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V sowie von § 269 Absatz 5 SGB V. Die bisher in Satz 1 Nummer 12 bis 16 genannten Daten werden in den neu angefügten Satz 8 überführt, da sie von den Krankenkassen nur auf Anforderung zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen in Satz 1 aufgrund der Neufassung des § 269 Absatz 5 SGB V und des daraufhin neu an Absatz 1 angefügten Satzes 8 als auch aufgrund der Neufassung des § 273 SGB V sowie um redaktionelle Anpassungen. Aufgrund der Neufassung des § 273 SGB V erfolgt eine weitere Folgeänderung in Satz 2 der Regelung.

Zu Satz 4

Mit der Anpassung wird ein Beitrag zum Bürokratierückbau geleistet.

Bislang hat das BAS im Zusammenhang mit der Feststellung der Erforderlichkeit der weiteren Aufbewahrung von RSA-Datenmeldungen eine Anhörung der betreffenden Krankenkasse durchführen und anschließend einen Bescheid erlassen müssen. Dabei ist neben dem BAS auch jeder Krankenkasse bekannt, wenn sie sich in einem Prüfverfahren befindet und sie kann auch erkennen, ob es innerhalb der in Satz 3 genannten zehn Jahre abgeschlossen wird. Soweit eine Prüfung nach § 20 oder eine Prüfung beziehungsweise ein Verfahren nach § 273 SGB V über diesen Zeitraum hinaus andauert und damit der Einzelfall eintritt, dass eine längere Aufbewahrung der der Prüfung unterzogenen Daten erforderlich wird, hat auch die jeweilige Krankenkasse durch ihre Beteiligung im Prüfverfahren davon Kenntnis. Einer Anhörung oder Bescheiderteilung bedarf es dafür nicht. Mit der geänderten Regelung verlängert sich die Löschvorgabe bis spätestens nach Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht, ohne dass es hierfür einer Bescheidung bedarf. Für die Verfahrensbeteiligten gilt diese verlängerte Löschvorgabe damit in gleicher Weise wie die in Satz 3 geregelte Löschvorgabe.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es wird geregelt, dass die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Programmkostenpauschale für jeden Versicherten erhalten, der in ein nach § 137g Absatz 1 SGB V zugelassenes DMP oder in ein gemäß 137g Absatz 1a Satz 1 SGB V ohne Zulassung angebotenes DMP eingeschrieben ist. Mit der Übergangsregelung in § 27 Absatz 1 wird dieses Zuweisungsverfahren auf das Ausgleichsjahr 2027 begrenzt

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung von § 270 SGB V in Artikel 1. Auch in der RSAV wird vorgegeben, dass die Krankenkassen zusätzlich je Versicherten die Ver-

sichertentage mit Einschreibung in ein gemäß § 137g Absatz 1a Satz 1 SGB V ohne Zulassung angebotenes DMP zu erheben und an das BAS zu übermitteln haben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Absatz 7 Satz 1 enthält Vorgaben, ab welchem Zeitpunkt ein Versicherter für den Zweck der Zuweisungen als in ein DMP eingeschrieben gilt. Mit der Änderung wird klargestellt, dass diese Vorgaben im Ausgleichsjahr 2027 einheitlich für DMP mit und ohne förmliche Zulassung durch das BAS gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Absatz 7 Satz 3 enthält Vorgaben, ab wann die Einschreibung eines Versicherten in ein DMP für den Zweck der Zuweisungen endet. Mit der Änderung wird klargestellt, dass diese Vorgaben im Ausgleichsjahr 2027 einheitlich für DMP mit und ohne förmliche Zulassung durch das BAS gelten.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Als Folgeänderung zur Streichung des sog. HMG-Ausschlussverfahrens in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V ist der bisherige Satz 4 zu streichen.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zum neu eingeführten pauschalen Zuweisungskürzungsverfahren nach § 273 Absatz 1 bis 3 SGB V wird Satz 1 des Absatzes 5 angepasst. Mit der Anpassung wird sichergestellt, dass das pauschale Zuweisungskürzungsverfahren unmittelbar nach Abschluss der Berechnungen zum korrigierten Jahresausgleich durchgeführt werden kann. Damit wird auch gewährleistet, dass die Berechnung und Bescheidung der vom BAS festzusetzenden Kürzungs- oder Korrekturbeträge weiterhin unabhängig vom RSA-Jahresausgleich stattfinden.

Zu Nummer 4

Als Folgeänderung zur Streichung des sog. HMG-Ausschlussverfahrens in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V ist diese Regelung zu streichen.

Zu Nummer 5

In Folge der umfassenden Regelung zur Berechnung der Korrekturbeträge in § 273 Absatz 5 SGB V ist diese im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung obsolet und wird daher gestrichen.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Die Durchführung des Ausschlusses auffälliger Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, kommt letztmalig für das Ausgleichsjahr 2025 zur Anwendung. Dieses kassenübergreifend wirkende Verfahren wird durch das Verfahren nach § 273 Absatz 2 und 3 SGB V, das kassenindividuell statistische Auffälligkeiten bei den Morbiditätsdaten feststellt und bei den betroffenen Kran-

kenkassen die morbiditätsbezogenen Zuweisungen entsprechend kürzt, obsolet und daher abgelöst.

Zu Buchstabe b

Für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 erhalten die Krankenkassen gesonderte Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung von zugelassenen DMP entstehen.

Zur Umsetzung gelten für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 die Vorgaben des § 15 (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für DMP) in der bis zum Tag der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Fassung.

Daraus ergibt sich, dass wenn im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 4 für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2026 geprüft wird, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 erfüllt sind, nur die Versichertentage mit Einschreibung in ein zugelassenes DMP geprüft werden können.

Zu Buchstabe c

Die Streichung der Absätze 3 bis 5 dient der Rechtsbereinigung.

Zu Artikel 16 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Programmkostenpauschale. Da die entsprechenden Regelungen in der RSAV entfallen, ist zukünftig beim Verweis auf die in ein DMP eingeschriebenen Versicherten auf die entsprechende Regelung im SGB V abzustellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung von Nummer 11 wird berücksichtigt, dass aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale die entsprechenden Regelungen in der RSAV entfallen und zukünftig beim Verweis auf die in ein DMP eingeschriebenen Versicherten auf die entsprechende Regelung im SGB V abzustellen ist. Als Folge zum Entfall des Zulassungsverfahrens für DMP beim BAS gibt es zukünftig keine Aufwendungen der Krankenkassen für die Zulassung mehr und diese sind demnach nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Als Folge zur Änderung in § 7 erfolgt zukünftig keine pauschale Berücksichtigung der Aufwendungen der Krankenkassen mehr.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Programmkostenpauschale. Da die entsprechenden Regelungen in der RSAV entfallen, ist zukünftig beim Verweis auf die in ein DMP eingeschriebenen Versicherten auf die entsprechende Regelung im SGB V abzustellen.

Zu Nummer 2

Es wird geregelt, dass bei der Übermittlung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch die Krankenkassen ab dem Ausgleichsjahr 2028

auch diejenigen Aufwendungen versichertenbezogen zu übermitteln sind, die im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 und 4 SGB V und von ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 SGB V entstehen, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines DMP für eingeschriebene Versicherte erbracht werden. Dies gilt ebenfalls für die Programmkosten für in DMP eingeschriebene Versicherte, soweit diese Aufwendungen den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von DMP entstehen.

Mit der Regelung wird ermöglicht, dass diese Aufwendungen der Krankenkassen zukünftig versichertenbezogen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt werden können.

Das Nähere zur Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem BAS in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V für jedes Schlüsseljahr. Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen kann die neu vorgesehene Datenmeldung erstmals in die Bestimmung für das Schlüsseljahr 2028/2029 aufgenommen werden, die voraussichtlich zum Ende des Jahres 2027 veröffentlicht wird. Die erstmalige Meldung der versichertenbezogenen Aufwendungen kann somit bis zum 15. August 2028 an das BAS erfolgen (Leistungsausgaben des Jahres 2027). Eine Berücksichtigung dieser Aufwendungen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2028 ist somit erstmalig im Grundlagenbescheid IV 2028 möglich. Bis dahin erfolgen keine Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren für die programmkostenbezogenen Leistungsausgaben.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird angepasst, da es ab dem Ausgleichsjahr 2028 kein gesondertes Zuweisungsverfahren für DMP mehr geben wird.

Zu Buchstabe b

In Folge der Streichung der Programmkostenpauschale nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V können die Regelungen der RSAV zur Konkretisierung dieses Zuweisungsverfahrens ebenfalls gestrichen werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe b. Auch in der RSAV werden die Vorgaben zur Erhebung und Übermittlung der Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale gestrichen.

Zu Buchstabe d

In Folge der Streichung der Programmkostenpauschale nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (siehe Artikel 2) sind die Regelungen der RSAV zur Einschreibung in ein DMP, zur Bereinigung der standardisierten Leistungs- und Verwaltungsausgaben sowie zur Rückzahlung der Zuweisungen für die Programmkostenpauschale nicht mehr erforderlich und werden gestrichen.

Zu Nummer 4

Aufgrund des Entfallens des Verfahrens der Zulassung von DMP beim BAS fallen dort zukünftig keine Vorhaltekosten mehr an, die aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren wären. In der Folge sind entsprechende Vorhaltekosten nicht mehr bei der Ermittlung des Zuweisungsvolumens für ein Ausgleichsjahr in Abzug zu bringen.

Zu Nummer 5

Aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale sind zukünftig nicht mehr die Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP von den Krankenkassen an das BAS zu melden. In der Folge sind diese Daten auch nicht mehr durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Zu Nummer 6

Die Aufhebung der §§ 24 bis 26 ist eine Folgeänderung des Wegfalls der Ermächtigungsgrundlage in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Weiterhin erforderliche Regelungsinhalte werden unmittelbar gesetzlich geregelt und hierzu in § 137f oder § 137g SGB V übernommen.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Für das Ausgleichsjahr 2027 erhalten die Krankenkassen zusätzlich gesonderte Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung auch von DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS entstehen. Zur Umsetzung gelten für das Ausgleichsjahr 2027 die Vorgaben der § 4 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben), § 7 (Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA), § 15 (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für DMP), § 17 (mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen) und § 18 (Jahresausgleich) in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung. Im Ausgleichsjahr 2027 sind Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung von DMP entstehen, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen.

Somit gilt erst ab dem Ausgleichsjahr 2028 die Streichung der Programmkostenpauschale und stattdessen die Berücksichtigung der Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g SGB V entstehen, bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben.

Zu Buchstabe b

Neu geregelt wird, dass wenn für das Ausgleichsjahr 2027 im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 4 für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 geprüft wird, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 erfüllt sind, jeweils auf die bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassungen der Regelungen abzustellen ist. Für das Ausgleichsjahr 2027 bedeutet das, dass neben den Versichertentagen mit Einschreibung in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm zusätzlich die Versichertentage mit Einschreibung in ein ohne Zulassung angebotenes strukturiertes Behandlungsprogramm zu prüfen sind. Grund hierfür ist, dass diese Versichertentage im Ausgleichsjahr 2027 Teil der Datengrundlage für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind.

Aufgrund der Streichung der Programmkostenpauschale nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 15 Absatz 5 und dem damit einhergehenden Wegfall der für die Programmkostenpauschale erforderlichen Datenmeldung, entfällt ab dem Ausgleichsjahr 2028 die Prüfung dieser Daten nach § 20 Absatz 4.

Zu Artikel 17 (Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung 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 Präexpositionsprophylaxe gefasst oder das BMG eine Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 SGB V erlassen hat.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 3.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung 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 Präexpositionsprophylaxe gefasst oder das BMG eine Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 SGB V erlassen hat. In diesem Fall ist das Dossier innerhalb von vier Wochen nach dem Beschluss gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V oder dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 1a Satz 7 SGB V einzureichen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 3.

Zu Artikel 18 (Außerkrafttreten)

Die Aufhebung der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung (KnVAusbauV) erfolgt zeitgleich mit dem Inkrafttreten der Änderung des § 173 Absatz 2a SGB V. Zu diesem Zeitpunkt wird der einzig verbliebene Regelungsinhalt des § 2a KnVAusbauV und somit die Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in Gänze gegenstandslos.

Zu Artikel 19 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft, soweit in den Absätzen 2 bis 5 nichts anderes bestimmt ist. Die Übergangsregelungen in Artikel 1 Nummern 94 (§ 137g SGB V), 116 Buchstabe b (§ 266 Absatz 11 SGB V) und 119 (§ 270 SGB V) gelten vom Zeitpunkt des Tages nach der Verkündung des Gesetzes bis zum Inkrafttreten der Regelungen der Artikel 2 und 16 am 1. Januar 2028.

Zu Absatz 2

Die Änderungen der §§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, 254, 256 und der neue § 256b treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

Die Regelungen der Artikel 2, Artikel 12 Nummer 2 und Artikel 16 treten ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2028 in Kraft, damit die Auswirkungen des Wegfalls der Programmkos-

tenpauschale auf die Systematik des Risikostrukturausgleichs zum neuen Ausgleichsjahr wirksam werden.

Zu Absatz 3

Die Änderung in § 175, der neue § 175a, die Änderungen der §§ 201, 240 und 255 sowie des § 106 des Sechsten Buches zur Einführung des Quellenabzugs der Beiträge freiwillig versicherter Rentner und Rentenantragsteller treten am 1. Januar 2029 in Kraft.

Zu Absatz 4

Der neue § 206a SGB V tritt am 1. Januar 2030 in Kraft. Der längere zeitliche Vorlauf ist erforderlich, um die erforderlichen Meldewege und -verfahren einzurichten bzw. bestehend Meldewege und -verfahren zu ergänzen und einen fehlerfreien und sicheren Ablauf sicherzustellen.

Zu Absatz 5

Die Änderung des § 108 des Sechsten Buches tritt am 1. Januar 2033 in Kraft.