Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Vom 11. Juli 2021

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 4 des Gesetzes vom 23. Juni 2021 (BGBl. I S. 1982) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 erster Teilsatz werden nach dem Wort „Jugendfreiwilligendienstegesetzes“ die Wörter „oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz“ gestrichen.
2. In § 13 Absatz 2 Satz 11 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ und die Angabe „und 4“ durch die Angabe „und 5“ ersetzt.
3. § 17 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Satz 1 gilt entsprechend für

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

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

   b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „des Versicherten“ eingefügt.

3a. § 20b wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 3 Satz 2 wird nach den Wörtern „Information über Leistungen nach Absatz 1“ ein Komma und werden die Wörter „die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ eingefügt.
   b) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Umsetzung“ die Wörter „der Förderung überbetrieblicher Netzwerke nach Absatz 3 Satz 2 und“ eingefügt.
4. In § 22a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten“ durch die Wörter „in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind“ ersetzt.
5. § 23 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „erbringt“ ersetzt und wird das Wort „erbringen“ gestrichen.
   b) In Absatz 4 Satz 1 erster Halbsatz wird das Wort „kann“ durch das Wort „erbringt“ ersetzt und wird das Wort „erbringen“ gestrichen.
6. Dem § 24c wird folgender Satz angefügt:

   „Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 hat bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen jede Person, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt.“
7. In § 24h Satz 1 wird nach dem Wort „möglich“ das Wort „ist“ eingefügt.
8. In § 27b Absatz 2 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht“ eingefügt.
9. § 31 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1a Satz 5 wird das Wort „zwölf“ durch die Angabe „36“ ersetzt und wird die Angabe „11. April 2017“ durch die Wörter „Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4“ ersetzt.
   b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

      „(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, zu evaluieren und über das Ergebnis der Evaluation dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen in der Verfahrensordnung nach Satz 5, zu berichten. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht nach Satz 2 fest, dass zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung Anpassungen der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, erforderlich sind, regelt er diese Anpassungen spätestens zwei Jahre nach Übersendung des Berichts in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1

Satz 2 Nummer 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei der Evaluation nach Satz 2 und bei der Regelung nach Satz 3 Angaben von Herstellern von Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ihrer Produkte sowie Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Nähere zum Verfahren der Evaluation nach Satz 2 und der Regelung nach Satz 3 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

9a. § 32 Absatz 1c wird aufgehoben.

10. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5a Satz 3 wird die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ durch die Wörter „§ 18 Absatz 6a und § 40 Absatz 6“ ersetzt und wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

b) In Absatz 9 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

10a. § 34 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Abweichend von Absatz 1 haben Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde, Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Eine erneute Versorgung nach Satz 1 ist frühestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung nach Satz 1 möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 fest, welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können.“

11. In § 35a Absatz 7 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „er kann hierzu auf seiner Internetseite generalisierte Informationen zur Verfügung stellen“ eingefügt.

11a. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.“

b) Die folgenden Absätze 8 bis 10 werden angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“

12. § 39a Absatz 2 Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Versorgung von Erwachsenen durch ambulante Hospizdienste durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 8 Rechnung zu tragen. Zudem ist der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches Rechnung zu tragen.“

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

„§ 39d

Förderung der
Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Bedarfsgerecht kann insbesondere in Ballungsräumen auf Grundlage von in den Förderrichtlinien nach Absatz 3 festzulegenden Kriterien die Koordination eines Netzwerkes durch einen Netzwerkkoordinator in mehreren regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken für verschiedene Teile des Kreises oder der kreisfreien Stadt gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt ist. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15 000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden verausgabt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den Betrag der Beteiligung.

(2) Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere

1. die Unterstützung der Kooperation der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und die Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung,
2. die Information der Öffentlichkeit über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Treffen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Bedarf,
5. die Unterstützung von Kooperationen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
6. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

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

13a. Nach § 39d wird folgender § 39e eingefügt:

„§ 39e

Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Be-

handlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 31. Oktober 2021 das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen."

14. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „§ 57 Abs. 1 Satz 6" durch die Wörter „§ 57 Absatz 1 Satz 3" ersetzt.

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020."

cc) Im bisherigen Satz 6 werden nach den Wörtern „abweichend von Satz 5" die Wörter „und unabhängig von Satz 6" eingefügt.

dd) Der bisherige Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei allen vor dem 20. Juli 2021 bewilligten Festzuschüssen, die sich durch die Anwendung des Satzes 6 rückwirkend erhöhen, ist die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten zur Erstattung des Betrages verpflichtet, um den sich der Festzuschuss nach Satz 6 erhöht; dies gilt auch in den Fällen, in denen die von der Krankenkasse genehmigte Versorgung mit zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zwar begonnen, aber noch nicht beendet worden ist. Das Nähere zur Erstattung regeln die Bundesmantelvertragspartner."

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 57 Absatz 1 Satz 6" jeweils durch die Wörter „§ 57 Absatz 1 Satz 3" ersetzt.

15. In § 56 Absatz 4 wird die Angabe „§ 57 Abs. 1 Satz 6" durch die Wörter „§ 57 Absatz 1 Satz 3" ersetzt.

16. § 57 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Folgejahr" das Komma und werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005," gestrichen.

b) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

c) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Für die folgenden Kalenderjahre" durch das Wort „Es" ersetzt.

d) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 3" ersetzt.

e) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.

17. § 62 Absatz 5 wird aufgehoben.

18. In § 63 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „Satz 5" durch die Angabe „Satz 4" ersetzt.

18a. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:

„§ 64d

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufegesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 ist insbesondere folgendes festzulegen:

1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachkräften nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 des Pflegeberufegesetzes selbständig durchgeführt werden können,
2. Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei der Durchführung von Modellvorhaben,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige

Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(3) Die Modellvorhaben sind längstens auf vier Jahre zu befristen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen. Enthält der Evaluationsbericht einen Vorschlag, der die Übernahme in die Regelversorgung empfiehlt, können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modellvorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen."

18b. Nach § 64d neu wird folgender § 64e eingefügt:

„§ 64e

Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt bis zum 1. Januar 2023 mit den Leistungserbringern, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, mit bindender Wirkung für die Krankenkassen einen einheitlichen Vertrag zur Durchführung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen. Die Laufzeit des Modellvorhabens beträgt abweichend von § 63 Absatz 5 mindestens fünf Jahre. Vor Abschluss des Vertrages ist der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung kann dem Vertrag durch Mitteilung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und an die Leistungserbringer nach Satz 1 beitreten. Eine Kündigung des Vertrages durch den Verband der Privaten Krankenversicherung muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Leistungserbringern nach Satz 1 erklärt werden. Eine Kündigung des Vertrages durch einen Leistungserbringer muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, sofern dieser dem Vertrag beigetreten ist, erfolgen. Die Kündigung nach den Sätzen 5 oder 6 berührt die Wirksamkeit des Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht. Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 nach Abschluss des Vertrages nach Satz 1 festgestellt worden ist, können dem Vertrag beitreten, indem sie ihren Beitritt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erklären.

(2) Das Modellvorhaben umfasst eine einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte und nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu erbringende Diagnostik und eine personalisierte Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung bei dem Versicherten, der nach Absatz 5 an dem Modellvorhaben teilnimmt, bei seltenen oder bei onkologischen Erkrankungen. Die Leistung ist unter Beachtung des Gendiagnostikgesetzes und datenschutzrechtlicher Vorgaben zu erbringen und umfasst insbesondere

1. die sachgerechte und soweit möglich an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Prüfung der Indikationsstellung für die Genomsequenzierung und Erwägung anderer diagnostischer oder therapeutischer Möglichkeiten in multidisziplinären Fallkonferenzen, bei der alle für den jeweiligen Fall relevanten medizinischen Fachgebiete vertreten sind,
2. die standardisierte Phänotypisierung,
3. die Sequenzierung, die auch parallele Untersuchungen aller kodierenden Abschnitte umfassen kann,
4. die bioinformatische Auswertung,
5. die klinische Interpretation,
6. die Befundmitteilung nach Durchführung der Sequenzierung sowie
7. die Durchführung einheitlicher Reevaluationszyklen.

Zusätzlich zur Genomsequenzierung des Versicherten kann ein Teil der Diagnostik die Genomsequenzierung eines biologischen Elternteils oder beider biologischen Elternteile des Versicherten sein, wenn der biologische Elternteil oder beide biologische Elternteile darin einwilligen. Die Genomsequenzierung nach Satz 3 soll in einer multidisziplinären Fallkonferenz nach Satz 2 Nummer 1 beschlossen werden, wenn sie erforderlich ist, um die Diagnostik des Versicherten zu ermöglichen oder wesentlich zu verbessern. Die Genomsequenzierung nach Satz 3 umfasst die in Satz 2 Nummer 2 bis 5 genannten Maßnahmen sowie die Leistungen, die zur Gewinnung des notwendigen Probenmaterials erforderlich sind. Zuständig für die Maßnahmen und Leistungen nach Satz 5 ist die Krankenkasse des am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten. Die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten sind von den Leistungserbringern innerhalb von drei Monaten in der Dateninfrastruktur nach Absatz 9 zu dokumentieren.

(3) Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechtigte Leistungserbringer sind:

1. Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen, das die Qualitätsanforderungen in Anlage 1 oder 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen

Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 erfüllt oder

2. in Netzwerken organisierte onkologische Zentren, insbesondere das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin, das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs, das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen.

Die Ausweisung und Festlegung als Zentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. Maßgeblich für die Teilnahme am Modellprojekt ist eine therapie- oder maßnahmenbegleitende Datenerhebung, die eine Evaluation und gegebenenfalls Anpassung der empfohlenen Therapien und Maßnahmen ermöglicht. Die Leistungserbringer nach Satz 1 müssen über ein qualitätsgesichertes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen sowie die Aufgaben zur Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 übernehmen. Eine Teilnahme des Leistungserbringers an multidisziplinären Fallkonferenzen im Bereich der Diagnostik von seltenen oder von onkologischen Erkrankungen ist nachzuweisen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft teilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen für die Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie für weitere geeignete Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben mit, die bei der Prüfung nach Absatz 4 Satz 2 berücksichtigt werden sollen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die anzuwendenden Empfehlungen zu veröffentlichen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegenüber zu begründen, wenn Empfehlungen nicht angewendet werden.

(4) Die Teilnahme der Leistungserbringer an dem Modellvorhaben kann bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3 beantragt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft das Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 3 und entscheidet durch Verwaltungsakt über die Berechtigung des antragstellenden Leistungserbringers zur Teilnahme an dem Modellvorhaben. Wenn weitere Unterlagen erforderlich sind, um über den Antrag abschließend entscheiden zu können, fordert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Unterlagen von dem Leistungserbringer an. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die zur Teilnahme am Modellvorhaben berechtigten Leistungserbringer namentlich auf seiner Internetseite. Die Leistungserbringer haben mit dem Antrag auf Teilnahme der Veröffentlichung nach Satz 4 zuzustimmen.

(5) Versicherte können an dem Modellvorhaben teilnehmen, wenn

1. eine Diagnose einer seltenen oder einer onkologischen Erkrankung vorliegt oder abgeklärt werden soll, die einer nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Indikation entspricht,
2. auf Grund des bisherigen Behandlungsverlaufs die Teilnahme an dem Modellvorhaben empfohlen wird von
   a) dem Leistungserbringer, der den Versicherten behandelt, oder
   b) einem Leistungserbringer, dessen Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist.

Die Teilnahme am Modellvorhaben ist dann zu empfehlen, wenn von einer Genomsequenzierung nach dem Stand der Wissenschaft und Technik wesentliche Erkenntnisse in Bezug auf die Diagnose oder ein klinisch relevanter Mehrwert für die Behandlung des Versicherten zu erwarten ist. Die Empfehlung zur Teilnahme nach Satz 1 Nummer 2 Ziffer b soll durch mindestens eine multidisziplinäre Fallkonferenz, die durch den Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 2 einberufen wird, bestätigt werden. Eine den Vorgaben nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 entsprechende Information über den bisherigen Behandlungsverlauf durch den behandelnden Leistungserbringer an den am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer sowie eine Information über die durch Diagnostik und Therapiefindung gewonnenen Erkenntnisse durch den am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer an den behandelnden Leistungserbringer ist sicherzustellen.

(6) Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, dürfen die für die in den Absätzen 2 und 10 Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger ärztlicher Aufklärung und Beratung der Versicherten unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben, insbesondere der Rechte der betroffenen Person nach den Artikeln 12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung, verarbeiten. Satz 1 gilt bei einer Genomsequenzierung nach Absatz 2 Satz 3 für einen biologischen Elternteil oder für beide biologischen Elternteile entsprechend.

(7) In dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 haben die Vertragspartner insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Indikationen in den Bereichen seltener und onkologischer Erkrankungen, bei denen klinische oder wissenschaftliche Hinweise zu einem Einfluss individueller und genetischer Informationen auf die Diagnose und die Therapieentscheidung vorliegen,

2. die Informationspflichten nach Absatz 5 Satz 4,
3. die Voraussetzungen zur Beendigung der umfassenden Diagnostik und der Therapiefindung im Modellvorhaben, der Rücküberweisung des Versicherten zur weiteren Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in die ambulante oder stationäre Versorgung sowie über die Möglichkeit für die Versicherten, weiterhin kontinuierliche Reevaluation nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 7 im Rahmen des Modellvorhabens in Anspruch zu nehmen, deren Ergebnisse bei der Behandlung in der Regelversorgung zu berücksichtigen sind,
4. zusätzliche Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringer, die die Qualität der zu erbringenden Leistungen und die Sicherheit der Versicherten gewährleisten,
5. Anforderungen an die Koordination und Strukturierung der Abläufe bei den Leistungserbringern einschließlich Festlegungen zu Reevaluationszyklen sowie über die aktive Kooperation der Leistungserbringer in einem Netzwerk,
6. die datenschutzkonforme, barrierefreie einheitliche Ausgestaltung der Einwilligung der Versicherten nach Absatz 6; dies hat im Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu erfolgen,
7. Möglichkeiten zur Kooperation der am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer im Hinblick auf die Erbringung von in Absatz 2 Satz 2 genannten Leistungen und Maßnahmen,
8. einheitliche Vorgaben für die Vergütung für die im Rahmen dieses Modellvorhabens zu erbringenden Leistungen,
9. Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen dieses Modellvorhabens zu erbringenden Leistungen,
10. die Sicherstellung der Anbindung der Leistungserbringer an die Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 und die Ausgestaltung und Unterzeichnung einer Vereinbarung über die Nutzung der Dateninfrastruktur durch die Leistungserbringer,
11. Maßnahmen zur Zusammenführung der im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten von allen an dem Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringern in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12,
12. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 enthaltenen Daten nur im Rahmen dieses Modellvorhabens genutzt werden und
13. die Folgen einer Kündigung eines Leistungserbringers insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit den durch diesen Leistungserbringer bereits generierten Daten.

Der Vertrag ist nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu schließen. Der Vertrag ist von den Vertragspartnern der Fortentwicklung des Standes von Wissenschaft und Technik anzupassen oder, wenn sich aus den Zwischenberichten nach Absatz 13 Satz 3 ein Anpassungsbedarf ergibt. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 ist mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bezüglich der in Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte Einvernehmen herzustellen. Die nach der aufgrund des § 140g erlassenen Rechtsverordnung anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss des Vertrages nach Absatz 1 Satz 1 anzuhören. Die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die Leistungen zu bereinigen ist, die im Rahmen des Modellvorhabens nach Absatz 2 erbracht werden. Für die Vergütung der Leistungen, die durch die Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, im Rahmen des Modellvorhabens erbracht werden, gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. § 136c Absatz 5 Satz 3 und § 140a Absatz 2 Satz 7 gelten entsprechend.

(8) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Januar 2023 zu Stande, wird der Vertragsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Kann das nach Absatz 7 Satz 4 erforderliche Einvernehmen nicht hergestellt werden, legt die Schiedsperson nach Anhörung der Deutschen Krankenhausgesellschaft die in Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Gesamtheit der Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, je zur Hälfte. Klagen, die die Festlegung des Vertragsinhalts betreffen, sind gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson, zu richten.

(9) Die Aufgaben der Datenverarbeitung im Rahmen des Modellvorhabens werden von der Vertrauensstelle und dem Träger der Dateninfrastruktur wahrgenommen. Die Aufgaben der Vertrauensstelle werden durch das Robert Koch-Institut, die Aufgaben des Trägers der Dateninfrastruktur durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wahrgenommen. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle unterliegen dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und unterstehen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle müssen durch die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch ihre räumliche, sachliche und technische Ausstattung gewährleisten, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen können. Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln für die in Absatz 10 Satz 3 ge-

nannten Zwecke für jeden teilnehmenden Versicherten die folgenden verschlüsselten Daten jeweils in Verbindung mit einer Arbeitsnummer an den Träger der Dateninfrastruktur:

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Kreisschlüssel,
2. die Daten der Genomsequenzierung,
3. die Daten der Phänotypisierung und
4. Daten zum Behandlungsverlauf.

Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln die Arbeitsnummer und die Krankenversichertennummer im Sinne des § 290 an die Vertrauensstelle. Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach Satz 6 übermittelten Krankenversichertennummern nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren in periodenübergreifende Pseudonyme. Die Vertrauensstelle hat im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung festzulegen, das dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik entspricht. Das Verfahren zur Pseudonymisierung ist so zu gestalten, dass für die jeweilige Krankenversichertennummern eines jeden Versicherten periodenübergreifend immer das gleiche Pseudonym erstellt wird, aus dem Pseudonym aber nicht auf die Arbeitsnummer oder die Identität des Versicherten geschlossen werden kann. Die Vertrauensstelle übermittelt dem Träger der Dateninfrastruktur die periodenübergreifenden Pseudonyme mit den dazugehörigen Arbeitsnummern. Mit dem periodenübergreifenden Pseudonym und der bereits übersandten Arbeitsnummer verknüpft der Träger der Dateninfrastruktur die freigegebenen Daten mit den im Träger der Dateninfrastruktur vorliegenden Daten vorheriger Übermittlungen. Nach der Übermittlung hat sie die Arbeitsnummern, die Krankenversichertennummern sowie die periodenübergreifenden Pseudonyme zu löschen.

(10) Der Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 9 Satz 2 hat folgende Aufgaben:

1. die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten für die Auswertung für Zwecke nach Satz 3 qualitätsgesichert aufzubereiten,
2. Qualitätssicherungen der Daten vorzunehmen,
3. Anträge auf Datennutzung zu prüfen,
4. das spezifische Reidentifikationsrisiko in Bezug auf die durch Nutzungsberechtigte nach Absatz 11 beantragten Daten zu bewerten und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen zu minimieren,
5. die beantragten Daten den Nutzungsberechtigten nach Absatz 11 Satz 1 zugänglich zu machen und
6. die wissenschaftliche Erschließung der Daten zu fördern.

Der Träger der Dateninfrastruktur hat die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 30 Jahren zu löschen. Der Träger der Dateninfrastruktur macht die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten den Nutzungsberechtigten auf Antrag in anonymisierter und aggregierter Form zugänglich, soweit die beantragten Daten geeignet und erforderlich sind zur

1. Verbesserung der Versorgung im Zusammenhang mit personalisierten und standardisierten Therapien und Diagnostika mittels einer Genomsequenzierung
2. Qualitätssicherung oder
3. wissenschaftlichen Forschung.

Der Träger der Dateninfrastruktur kann einem Nutzungsberechtigten entsprechend seinen Anforderungen auch pseudonymisierte Einzeldatensätze bereitstellen, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass die Nutzung der pseudonymisierten Einzeldatensätze für einen nach Satz 3 zulässigen Nutzungszweck erforderlich ist. Der Träger der Dateninfrastruktur stellt einem Nutzungsberechtigten die pseudonymisierten Einzeldatensätze ohne Sichtbarmachung der Pseudonyme für die Verarbeitung unter Kontrolle des Trägers der Dateninfrastruktur bereit, soweit

1. gewährleistet ist, dass diese Daten nur solchen Personen bereitgestellt werden, die einer Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, und
2. durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt wird, dass die Verarbeitung durch den Nutzungsberechtigten auf das erforderliche Maß beschränkt und insbesondere ein Kopieren der Daten verhindert werden kann.

Personen, die nicht der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, können pseudonymisierte Einzeldatensätze nach Satz 4 bereitgestellt werden, wenn sie vor dem Zugang zur Geheimhaltung verpflichtet wurden. § 1 Absatz 2, 3 und 4 Nummer 2 des Verpflichtungsgesetzes gilt entsprechend.

(11) Nutzungsberechtigte sind die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, Hochschulen, die nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannten Hochschulkliniken, öffentlich geförderte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und sonstige öffentliche Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht werden und
2. nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, der Träger der Dateninfrastruktur genehmigt auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines nach Absatz 10 Satz 3 zulässigen Nutzungszwecks.

Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern herzustellen. Wird ein Bezug zu

Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Träger der Dateninfrastruktur zu melden. Die Verarbeitung der bereitgestellten Daten zum Zwecke der Herstellung eines Personenbezugs, zum Zwecke der Identifizierung von Leistungserbringern oder Leistungsträgern sowie zum Zwecke der bewussten Verschaffung von Kenntnissen über fremde Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist untersagt. Wenn die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde feststellt, dass Nutzungsberechtigte die vom Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Trägers der Dateninfrastruktur entspricht, und wegen eines solchen Verstoßes eine Maßnahme nach Artikel 58 Absatz 2 Buchstabe b bis j der Verordnung (EU) 2016/679 gegenüber dem Nutzungsberechtigten ergriffen hat, informiert sie den Träger der Dateninfrastruktur. In diesem Fall schließt der Träger der Dateninfrastruktur den Nutzungsberechtigten für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vom Datenzugang aus.

(12) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere

1. zu näheren Bestimmungen zu Art und Umfang der nach den Absätzen 9 und 10 zu übermittelnden Daten und zu den Fristen der Datenübermittlung,
2. zur Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung der Versichertendaten durch die Leistungserbringer,
4. zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach den Absätzen 9 und 10 und
5. zur Evaluation des Modellvorhabens.

(13) § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Bericht über die Ergebnisse der Auswertungen einen Vorschlag zur Übernahme der Leistungen des Modellvorhabens in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Laufzeit nach Absatz 1 Satz 2 und bis zur Vorlage des Berichts über die Ergebnisse der Auswertungen oder bis zu einer gesetzlichen Regelung zur Übernahme in die Regelversorgung können die Krankenkassen das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortführen. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit während der Laufzeit des Modellvorhabens jährlich ein Zwischenbericht der Evaluierung, der insbesondere die wissenschaftliche Auswertung der bis dahin vorliegenden Ergebnisse enthält, vorzulegen.

(14) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage des Vertrages ganz oder teilweise versagt. Im Rahmen der Prüfung kann das Bundesministerium für Gesundheit vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusätzliche Informationen, die dem Vertragsschluss zugrunde lagen, sowie ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Ablauf der Frist nach Satz 2 gehemmt. Bereits während der laufenden Vertragsverhandlungen ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, Auskunft über den Stand der Verhandlungen zu verlangen und sich hierzu relevante Unterlagen vorlegen zu lassen. Es ist berechtigt, an den Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen. Über die jeweiligen Verhandlungstermine hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Bundesministerium für Gesundheit frühzeitig zu informieren.

(15) Die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes, insbesondere zur Aufklärung, Einwilligung und Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen bleiben unberührt.“

19. § 65d Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden nach der Angabe „1. Januar 2017“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2025“ eingefügt.
    b) In Satz 3 werden nach der Angabe „und 5“ die Wörter „mit Ausnahme von Absatz 5 Satz 3“ eingefügt.
20. § 65e mit der Überschrift „Ambulante Krebsberatungsstellen“ wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 42 Millionen Euro“ eingefügt.
        bb) In Satz 3 werden die Wörter „bis zum 1. Juli 2020“ gestrichen.
    b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 wird das Wort „psychoonkologische“ durch das Wort „psychosoziale“ ersetzt.
        bb) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 1. Juli 2020“ gestrichen.
        cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:
            aaa) Folgende Nummer 1 wird eingefügt:
                „1. Definition der förderfähigen ambulanten Krebsberatungsstellen sowie Kriterien zur Abgrenzung zu nicht förderfähigen Einrichtungen,“.
            bbb) Die bisherigen Nummern 1 bis 4 werden die Nummern 2 bis 5.
            ccc) In der neuen Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
            ddd) In der neuen Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
            eee) Die folgenden Nummern 6 und 7 werden angefügt:

„6. bis zum 1. September 2021 und unter Beteiligung der in den Ländern zuständigen Behörden das Nähere zur Berücksichtigung von Finanzierungsbeiträgen von Ländern und Kommunen und

7. das Nähere zur Erfassung und zentralen Veröffentlichung der geförderten ambulanten Krebsberatungsstellen.“

c) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Förderung darf 80 Prozent der nach den Grundsätzen nach Absatz 2 Satz 2 zuwendungsfähigen Ausgaben je ambulante Krebsberatungsstelle nicht übersteigen. Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 geförderte Krebsberatungsstellen können ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 eine Erhöhung ihres Förderbetrages nach Absatz 1 Satz 1 beantragen.“

21. § 65e mit der Überschrift „Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut“ wird § 65f.

22. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 Nummer 4 werden die Wörter „spätestens zum 1. Januar 2020“ gestrichen, wird nach dem Wort „Versorgungsebene“ ein Komma und werden die Wörter „in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation,“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

1. von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt,

2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung auf der Grundlage der nach § 120 Absatz 3b zu beschließenden Vorgaben einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat, und

3. der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 4

eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.“

b) In Absatz 3a Satz 1 wird die Angabe „§ 401“ durch die Angabe „§ 403“ und die Angabe „§ 402“ durch die Angabe „§ 404“ ersetzt.

23. § 81 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

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

24. § 85 Absatz 2a, 2d, 3 Satz 5, Absatz 3f und 3g wird aufgehoben.

25. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise sind so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind.“

bb) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.

b) In Absatz 1b Satz 6 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich“ durch die Wörter „alle drei Jahre beginnend zum 31. Dezember 2023“ ersetzt.

c) Dem Absatz 2b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2021 mit Wirkung zum 1. März 2022 eine Anpassung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung zur Vergütung der regelmäßigen zeitgebundenen ärztlichen Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung über die Organ- und Gewebespende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung abgeben, ändern und widerrufen zu können. Der Vergütungsanspruch besteht je Patient alle zwei Jahre.“

d) In Absatz 2i Satz 1 werden die Wörter „Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten“ durch die Wörter „in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind“ ersetzt.

26. § 87a Absatz 3 Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zudem haben sie unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 9 ab dem 1. Oktober 2021 bis zum 30. Juni 2022 vierteljährlich ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach Satz 7 durchzuführen. Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich des Leistungsbedarfs, um den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zu bereinigen ist. Der Leistungsbedarf nach Satz 9 soll aus dem auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016, 2017 sowie 2018 zu bestimmenden Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen zum Gesamtleistungsbedarf der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ermittelt werden.“

27. § 91 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 13 werden nach dem Wort „wahr“ die Wörter „und hat ein Antragsrecht

an das Beschlussgremium nach Satz 1“ eingefügt.

b) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 bleiben unberührt.“

c) In Absatz 11 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 135 Absatz 1 Satz 4 und 5,“ die Wörter „§ 136b Absatz 3 Satz 1,“ eingefügt.

27a. In § 92 Absatz 6a Satz 2 werden die Wörter „bereits frühzeitig“ durch die Wörter „frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als“ ersetzt.

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

„§ 95e

Berufshaftpflichtversicherung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die Mindestversicherungssumme nach Absatz 2 darf nicht unterschritten werden. Die Pflicht nach Satz 1 kann durch eine Versicherung erfüllt werden, die zur Erfüllung einer kraft Landesrechts oder kraft Standesrechts bestehenden Pflicht zur Versicherung abgeschlossen wurde, sofern der Versicherungsschutz den Anforderungen nach den Sätzen 1 und 2 und Absatz 2 entspricht.

(2) Die Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann jeweils mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 20. Januar 2022 höhere Mindestversicherungssummen als die in Satz 1 genannte Mindestversicherungssumme vereinbaren.

(3) Der Vertragsarzt hat das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen

1. bei Stellung des Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie
2. auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss Folgendes unverzüglich anzuzeigen:

1. das Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses,
2. die Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie
3. Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können.

Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.

(4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes auf. Kommt der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes mit sofortiger Wirkung zu beschließen. Satz 2 gilt im Fall der bevorstehenden Beendigung des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes entsprechend, wenn der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses nachkommt. Der Vertragsarzt ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ende des Ruhens der Zulassung wird durch Bescheid des Zulassungsausschusses festgestellt, wenn das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes durch den Vertragsarzt nachgewiesen wurde. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs dieses Bescheides bei dem Vertragsarzt. Endet das Ruhen der Zulassung nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Beschluss nach Satz 2, hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung zu beschließen.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für ermächtigte Ärzte, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht; Absatz 4 gilt hierbei mit der Maßgabe, dass anstelle des Beschlusses des Ruhens der Zulassung die Ermächtigung zu widerrufen ist. Die Absätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten mit der Maßgabe, dass ein den Anforderungen des Absatzes 1 entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss. Absatz 2 gilt für sie mit der Maßgabe, dass die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall beträgt; die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

(6) Die Zulassungsausschüsse fordern die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte bis zum 20. Juli

2023 erstmals dazu auf, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen die Leistungserbringer der Aufforderung nicht nach, gilt Absatz 4 Satz 2 bis 7 entsprechend.

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

29. § 98 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Ausschüsse mittels Videotechnik“ eingefügt.

b) In Nummer 12 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „das Ruhen, die Entziehung und“ eingefügt.

29a. § 106 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Kürzung“ die Wörter „auf Grund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die von Amts wegen durchzuführen ist,“ eingefügt.

b) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die auf Grund eines Antrags erfolgen, ist der Antrag für die Prüfung ärztlicher Leistungen spätestens 18 Monate nach Erlass des Honorarbescheides und für die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle nach § 106c einzureichen. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Satz 4 genannten Frist erfolgen; die Regelung des § 45 Absatz 2 des Ersten Buches findet keine entsprechende Anwendung.“

30. In § 106b Absatz 1a Satz 2 werden die Wörter „der Impfsaison 2020/2021“ durch die Wörter „den Impfsaisons 2020/2021 und 2021/2022“ ersetzt.

31. § 110a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„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.“

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

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro umfassen; der Betrag ist in den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben den Betrag nach Satz 1, so hat die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen. Bei der Berechnung des Ausgabevolumens einer Krankenkasse nach den Sätzen 1 und 2 sind pro Qualitätsvertrag eine angemessene Pauschale für die Vertragsvorbereitungen sowie sämtliche Ausgaben der Krankenkasse zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsschluss zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft auf Grundlage der jährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für jedes Jahr, erstmals für das Jahr 2022, ob die Ausgaben der Krankenkassen den Betrag nach Satz 1 erreichen. Unterschreiten die Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 1, berechnet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Höhe des nach Satz 2 zu zahlenden Betrages und macht diesen Betrag durch Bescheid geltend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann abweichend von Satz 2 ausnahmsweise mit einer Krankenkasse, die einen oder mehrere Qualitätsverträge mit Vereinbarungen über erfolgsabhängige Zahlungen nachweist, einen längeren Abrechnungszeit-

raum von bis zu drei Jahren vereinbaren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zum Verfahren für eine solche Verlängerung des Abrechnungszeitraums und legt angemessene Pauschalen nach Satz 3 für die Vertragsvorbereitung fest, die den unterschiedlichen Aufwand der Krankenkassen insbesondere für Erarbeitung und Verhandlung der Vertragsinhalte berücksichtigen. Die Regelungen nach Satz 7 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Oktober 2021 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt dem Bundesamt für Soziale Sicherung jährlich zum 31. Dezember eine Aufstellung der in diesem Jahr rechtskräftig festgestellten Beträge."

31a. § 111 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 5 Satz 7 und 8 gilt entsprechend."

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025."

c) In Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Strukturen" die Wörter „sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5" eingefügt.

31b. Dem § 111a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025."

31c. § 111c wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 3 Satz 7 und 8 gilt entsprechend."

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025."

c) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Strukturen" die Wörter „sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5" eingefügt.

31d. § 117 Absatz 3c wird wie folgt gefasst:

„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Aus- oder Weiterbildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszuzahlenden Vergütungsanteils, erstmalig bis zum 31. Juli 2021, mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben zu veröffentlichen."

32. § 118 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ermächtigungen nach Satz 1 sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zeitnah, spätestens innerhalb von sechs Monaten, zu überprüfen und dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird. Satz 4 gilt auch für Ermächtigungen nach Absatz 4."

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

33. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 76 Absatz 1a" durch die Wörter „§ 75 Absatz 1b Satz 2, § 76 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3" ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von den Sätzen 2 und 3 soll die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen."

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

„(3b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 20. Juli 2022 Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden. Die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,

4. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt, und
5. zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1.

Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus setzt ab dem Inkrafttreten des Beschlusses nach Satz 1 voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach Satz 1 ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Satz 1 über die sich daraus ergebende erforderliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen des Beschlusses nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2025 zu prüfen. Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a hat die Entwicklung der Leistungen in Notaufnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 zu berichten; § 87 Absatz 3a gilt entsprechend.“

33a. § 124 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Arbeitsgemeinschaft darf die Daten von Leistungserbringern nach Absatz 5 erheben, verarbeiten und nutzen, zu denen in den Verträgen nach § 125 gemäß § 125 Absatz 2 Nummer 5a eine Anzeigepflicht besteht.“

b) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „zur Zulassung“ gestrichen, wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „den Sätzen 6 und 7“ ersetzt und werden die Wörter „zugelassenen Leistungserbringer“ durch die Wörter „Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5“ ersetzt.

c) Im bisherigen Satz 11 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt und werden die Wörter „zugelassenen Leistungserbringer“ durch die Wörter „Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5“ und die Wörter „jeweils zugelassenen Leistungserbringers“ durch die Wörter „jeweiligen Leistungserbringers nach den Absätzen 1 und 5“ ersetzt.

33b. § 125 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. die den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 Satz 1 anzuzeigenden für Zwecke der Abrechnung und zur Sicherung der Qualität erforderlichen Daten der Leistungserbringer nach § 124 Absatz 5,“.

b) In Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „Zeitpunkten“ die Wörter „für den erstmaligen Abschluss der Verträge“ eingefügt.

33c. In § 125a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 wird die Angabe „15. März 2021“ jeweils durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.

34. § 127 wird wie folgt geändert:

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

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

35. In § 130a Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 131 Absatz 4“ durch die Wörter „§ 131 Absätze 4 und 5“ ersetzt.

36. § 130b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 4 wird nach der Angabe „10“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

b) Absatz 7 Satz 4 bis 8 wird aufgehoben.

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

„(8a) Der nach Absatz 1 vereinbarte oder nach Absatz 4 festgesetzte Erstattungsbetrag gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. Bei einem Arzneimittel, für das bereits ein anderes Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff in Verkehr gebracht worden ist und für das der Erstattungsbetrag nach Satz 1 fortgilt, bestimmt der pharmazeutische Unternehmer den höchstens zulässigen Abgabepreis auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages und des diesem zugrunde liegenden Preisstrukturmodells; der pharmazeutische Unternehmer kann das Arzneimittel unterhalb dieses Preises abgeben. Abweichend von Satz 1 gelten die Absätze 1 bis 8 und 9 bis 10 ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange im Geltungsbereich dieses Gesetzes für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 1 und 3 für diese Arzneimittel nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 3 unter Angaben des Tages der Patentanmeldung sowie der entsprechenden Patentnummer innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Anfrage. Das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 regeln die Verbände nach Absatz 5 Satz 1 bis zum 31. Januar 2022 in der Rahmenvereinba-

rung nach Absatz 9. Zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 durch den pharmazeutischen Unternehmer auf Grundlage der Regelungen nach Satz 7 veröffentlicht der Spitzenverband Bund der Krankenkasse unverzüglich nach Wegfall des Unterlagenschutzes und des Patentschutzes nach Satz 3 des erstmalig zugelassenen Arzneimittels auf seiner Internetseite das Preisstrukturmodell des fortgeltenden Erstattungsbetrages nach Satz 1."

37. § 131 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 4 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 5 ersetzt:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene schließen einen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In dem Rahmenvertrag ist das Nähere zu regeln über die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer zur Umsetzung der Datenübermittlung nach Absatz 4 Sätze 1 bis 3, insbesondere über

1. die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz erforderlichen Daten,
2. die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktinformationen sowie
3. das Datenformat.

In dem Rahmenvertrag kann geregelt werden, dass die Vertragspartner zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 4 Sätze 1 bis 3 Dritte beauftragen können. Der Rahmenvertrag wird im Hinblick auf die in die Arzneimittelversorgung nach § 31 Absatz 1 einbezogenen Produkte im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene für diese Produkte vereinbart.

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

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

(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 innerhalb von drei Monaten 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. Eine Klage gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(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. Sie besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie 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. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

(3b) Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Verbänden nach Absatz 3a Satz 1. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen gilt § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 entsprechend. In der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 kann das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten geregelt werden.

(3c) 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.

(4) Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten zu übermitteln, die erforderlich sind

1. zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6,
2. zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Absatz 1 und 2 oder zur Erfüllung der

Aufgaben nach § 35a Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 und

3. zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 129 Absatz 1a.

Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen notwendige Auskünfte zu den in Satz 1 genannten Daten zu erteilen. Für die Abrechnung von Fertigarzneimitteln, von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, übermitteln die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller an die in § 129 Absatz 2 genannten Verbände sowie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Gemeinsamen Bundesausschuss im Wege elektronischer Datenübertragung und maschinell verwertbar auf Datenträgern

1. die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktangaben einschließlich der Rabatte nach § 130a,
2. die nach § 130b vereinbarten Erstattungsbeträge einschließlich der Rabatte nach § 130a,
3. die nach § 130d ermittelten oder festgesetzten Herstellerabgabepreise einschließlich der Rabatte nach § 130a,
4. den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis nach § 129 Absatz 5a sowie
5. für Produkte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 1 und 4 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller können Dritte mit der Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 3 beauftragen. Das Nähere zur Übermittlung der in Satz 3 genannten Angaben an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1; solche Vereinbarungen können auch die weiteren nach Satz 2 berechtigten Datenempfänger mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene schließen. Die Verbände nach § 129 Absatz 2 können die Übermittlung der Angaben nach Satz 3 innerhalb angemessener Frist unmittelbar von dem pharmazeutischen Unternehmer und dem sonstigen Hersteller verlangen.

(5) Die Verbände nach § 129 Absatz 2 können fehlerhafte Angaben selbst korrigieren und die durch eine verspätete Übermittlung oder erforderliche Korrektur entstandenen Aufwendungen geltend machen; das Nähere ist im Vertrag nach § 129 Absatz 2 zu regeln. Die nach Absatz 4 Satz 3 übermittelten Angaben oder, im Fall einer Korrektur nach Satz 1, die korrigierten Angaben sind verbindlich. Die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller sind verpflichtet, die in § 129 Absatz 2 genannten Verbände unverzüglich über Änderungen der der Korrektur zugrundeliegenden Sachverhalte zu informieren. Die Abrechnung der Apotheken gegenüber den Krankenkassen und die Erstattung der Abschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3a und 3b durch die pharmazeutischen Unternehmer an die Apotheken erfolgt auf Grundlage der Angaben nach Absatz 4 Satz 3. Die Korrektur fehlerhafter Angaben und die Geltendmachung der Ansprüche kann auf Dritte übertragen werden. Zur Sicherung der Ansprüche nach Absatz 4 Satz 6 können einstweilige Verfügungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in den §§ 935 und 940 der Zivilprozessordnung bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. Entsprechendes gilt für einstweilige Anordnungen nach § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes.“

b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

37a. Nach § 132 Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 2 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

38. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

cc) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zuverlässigen“ eingefügt.

bb) Nach Satz 13 wird folgender Satz eingefügt:

„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 Leistungserbrin-

ger hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel."

39. § 132e wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Wörter „im Jahr 2020" durch die Wörter „in den Jahren 2020 und 2021" ersetzt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) In den Verträgen nach Absatz 1 ist eine Erhöhung der Impfquoten für die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen anzustreben."

39a. Nach § 132l Absatz 5 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„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."

39b. Nach § 132l wird folgender §132m eingefügt:

„§ 132m

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege nach § 39e sowie deren Vergütung. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt."

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

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der einrichtungsbezogenen Auswertungen nach Maßgabe des § 299 (Qualitätsdaten) fest. Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art, Umfang und Plausibilisierung der für diesen Zweck durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder einen von ihm beauftragten Dritten einrichtungsbezogen zu verarbeitenden Qualitätsdaten sowie zu Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Veröffentlichung der risikoadjustierten Vergleichsdaten in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache. Die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche ist in der Richtlinie darzulegen. Die Veröffentlichung der Vergleichsdaten hat einrichtungsbezogen und mindestens jährlich auf Basis aktueller Qualitätsdaten zu erfolgen. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen in der Richtlinie nach Satz 1 berücksichtigt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert regelmäßig die in der Richtlinie bestimmten Qualitätsdaten und Vergleichsdaten im Hinblick auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zur Erreichung des festgelegten Ziels. Über die Ergebnisse hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, zu berichten. Mit der Evaluation nach Satz 6 kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut nach § 137a beauftragen."

41. § 136b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon und die Wörter „bis zum 31. Dezember 2023 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche." ersetzt.

cc) Nummer 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft kontinuierlich die Evidenz zu bereits festgelegten Mindestmengen sowie die Evidenz für die Festlegung weiterer Mindestmengen und fasst innerhalb von zwei Jahren nach Aufnahme der Beratungen Beschlüsse über die Festlegung einer neuen oder zur Anpassung oder Bestätigung einer bereits bestehenden Mindestmenge. In den Beschlüssen kann der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere

1. vorsehen, dass Leistungen nur bewirkt werden dürfen, wenn gleichzeitig Mindestmengen weiterer Leistungen erfüllt sind, sowie
2. gleichzeitig mit der Mindestmenge Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 festlegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen vorsehen. Er soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann bean-

tragen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Festlegung einer Mindestmenge für bestimmte Leistungen prüft. Für die Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, zu denen das Beratungsverfahren vor dem 19. Juli 2022 begonnen hat, ist § 136b sowie die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung zugrunde zu legen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Verfahrensordnung mit Wirkung zum 19. Juli 2022 das Nähere insbesondere

1. zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge,
2. zur Festlegung der Operationalisierung einer Leistung,
3. zur Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften,
4. zur Umsetzung des Prüfauftrags und zur Einhaltung der Fristvorgabe nach Absatz 3 Satz 1 sowie
5. zu den Voraussetzungen einer Festlegung von gleichzeitig mit der Mindestmenge zu erfüllenden Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.“

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

aa) In Satz 3 werden die Wörter „der Ersatzkassen“ durch die Wörter „den Ersatzkassen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit“ ersetzt.

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

cc) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Gemeinsamen Bundesausschuss einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorgesehen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. Bei den Entscheidungen nach Satz 6 und den Übermittlungen nach Satz 7 und 8 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

dd) In dem neuen Satz 11 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Klagen gegen die Entscheidungen nach Satz 6 haben ab der Prognose für das Jahr 2023 keine aufschiebende Wirkung“ eingefügt.

ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Bis zur Prognose für das Jahr 2022 sind § 136b sowie die Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 5a und wie folgt gefasst:

„(5a) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 5 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für diese Leistungen über die Nichtanwendung des Absatzes 5 Satz 1 und 2. Bei den Entscheidungen nach Satz 2 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die Nichtanwendung des Absatzes 5 Satz 1 und 2 ist auf ein Kalenderjahr zu befristen, wiederholte Befristungen sind zulässig. Die Landesbehörde hat über die Bestimmung gemäß Satz 1 und über Entscheidungen zur Nichtanwendung gemäß Satz 2 den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Bundesministerium für Gesundheit zu informieren und die Entscheidung zu begründen.“

e) Absatz 6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

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

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 31. Dezember 2028 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Oktober 2029 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge zu den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie Empfehlungen zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der

Grundlage der Untersuchungsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Internetseite regelmäßig eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und der Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben, einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

g) Absatz 9 wird aufgehoben.

42. § 137 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.

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

43. § 137a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 Nummer 1 wird das Wort „ergänzende“ gestrichen und werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „auch in digitaler Form“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

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

44. Dem § 137b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 soll der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 1. Januar 2022 eine barrierefreie Durchführung vorsehen; für bereits erarbeitete Patientenbefragungen soll er die Entwicklung der barrierefreien Durchführung bis zum 31. Dezember 2025 nachträglich beauftragen.“

45. Nach § 137d Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

46. Dem § 137e Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Abrechnung der ambulanten Leistungserbringung nach Satz 4 gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend; das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke für die Abrechnung und die Verordnung von Leistungen einschließlich der Kennzeichnung dieser Vordrucke regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

47. § 137f Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum 31. Juli 2023 erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere für die Behandlung von Adipositas Richtlinien nach Absatz 2.“

48. § 137i wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. August 2019“ durch die Wörter „bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021,“ und die Wörter „zum 1. Januar 2020“ durch die Wörter „zum 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2022,“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.“

cc) In Satz 6 werden die Wörter „§ 136a Absatz 2 Satz 2“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5“ ersetzt.

b) In Absatz 6 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2023“ ersetzt.

49. § 137j wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Das nach Satz 4 für die Zahl der in Satz 1 genannten Vollzeitkräfte zugrunde zu legende Pflegepersonal, das nicht über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes oder § 64 des Pflegeberufegesetzes, auch in Verbindung mit § 66 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes, verfügt, ist bis zur Höhe des jeweils obersten Quartils des an allen Standorten mit den jeweiligen Berufsbezeichnungen eingesetzten Pflegepersonals einzubeziehen.“

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

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

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

„2. zu dem Budgetjahr, für das erstmals Sanktionen nach Absatz 2a Satz 1 zu vereinbaren sind.“

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

49a. Nach § 137j wird folgender § 137k eingefügt:

„§ 137k

Personalbemessung
in der Pflege im Krankenhaus

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2024 abzuschließen. Es ist ein bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren über einen analytischen Ansatz unter Hinzuziehung empirischer Daten zu entwickeln, durch das eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet wird. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens auf ihre Kosten fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens; dabei trägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft 50 Prozent der Kosten, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 46,5 Prozent der Kosten und der Verband der Privaten Krankenversicherung 3,5 Prozent der Kosten. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(2) Bei der Durchführung des Auftrags nach Absatz 1 Satz 4 sind insbesondere der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zu beteiligen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 und spätestens bis zum 15. Dezember 2021 eine Beschreibung des Inhalts der Beauftragung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 bis 3 vor. Die Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 hat spätestens bis zum 30. Juni 2022 zu erfolgen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der gesetzlich oder in dem Zeitplan nach Satz 1 festgelegten Zeitziele gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) Wird ein gesetzlich oder ein in dem Zeitplan nach Absatz 3 Satz 1 festgelegtes Zeitziel nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung oder Erprobung gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf einzelne Verfahrensschritte selbst durchführen. Haben sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 15. Dezember 2021 nicht über den Inhalt der Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 geeinigt, beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit die Entwicklung und Erprobung nach Absatz 1 Satz 4 spätestens bis zum 31. August 2022 auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1.“

49b. Nach § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b werden die folgenden Buchstaben c und d eingefügt:

„c) die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4,

d) die Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,“.

50. In § 170 Absatz 4 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

51. In § 199a Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Krankenversicherungsnummer“ durch das Wort „Krankenversichertennummer“ ersetzt.

52. § 219a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

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

1. auf Beanstandungen verzichten und eine damit einhergehende Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen begründen sowie
2. im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen ganz oder teilweise auf Forderungen der deutschen Krankenkassen verzichten und sich auf das Bestehen einer oder mehrerer ausländischer Forderungen gegenüber einer deutschen Krankenkasse mit einer ausländischen Stelle verständigen.

Ein Verzicht auf eine Forderung oder eine Verpflichtung zur Zahlung ist nur möglich, wenn dies für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland und die betroffenen Krankenkassen wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Satzes 6 und zum Verfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie fest.“

b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.

52a. § 221a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „im Jahr 2021“ durch die Wörter „in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2022 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Betrag von 42 Millionen Euro. Das Bundesministerium für Gesundheit wird befristet bis zum 31. Dezember 2021 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats einen von Satz 1 abweichenden ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 einschließlich eines vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisenden Betrags festzusetzen. Der in der Rechtsverordnung nach Satz 3 festzusetzende ergänzende Bundeszuschuss ist auf den Betrag festzusetzen, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a im Jahr 2022 bei 1,3 Prozent zu stabilisieren; der vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisende Betrag ist in der Rechtsverordnung nach Satz 3 entsprechend des Verhältnisses des der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach Satz 2 vom Gesundheitsfonds zu überweisenden Betrags zum ergänzenden Bundeszuschuss nach Satz 1 festzusetzen.“

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

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

54. § 231 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

55. § 240 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigte Kind, für das keine Familienversicherung besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für jedes unterhaltsberechtigte Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Sechstel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen, wenn für das Kind keine Familienversicherung besteht; für jedes nach § 10 versicherte Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Zehntel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für nach § 10 versicherungsberechtigte Kinder, für die eine Fa-

milienversicherung nicht begründet wurde, gelten die Abzugsbeträge für nach § 10 versicherte Kinder nach Satz 1 oder Satz 2 entsprechend. Wird für das unterhaltsberechtigte Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, vom anderen Elternteil kein Unterhalt geleistet, gelten die Abzugsbeträge nach Satz 1; das freiwillige Mitglied hat in diesem Fall die Nichtzahlung von Unterhalt gegenüber der Krankenkasse glaubhaft zu machen. Der Abzug von Beträgen für nicht nach § 10 versicherte Kinder nach Satz 1 oder Satz 2 ist ausgeschlossen, wenn das Kind nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 versichert oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet, oder die Altersgrenze im Sinne des § 10 Absatz 2 überschritten hat.“

56. Dem § 257 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Krankenversicherung zu tragen hätte.“

57. § 266 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Krankengeld“ die Angabe „nach § 44“ eingefügt.

b) Dem Absatz 11 wird folgender Satz angefügt:

„Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, erfolgt für das Ausgleichsjahr 2020 danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 haben.“

58. In § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich des Länderkennzeichens“ eingefügt.

59. § 269 wird wie folgt gefasst:

„§ 269

Sonderregelungen für
Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 44 anteilig berücksichtigt.

(2) Ab dem Ausgleichsjahr 2021 werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr 2021 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

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

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, übermittelt ab dem Berichtsjahr 2020 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung; die Übermittlung erfolgt differenziert nach dem Wohnstaat.

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

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

(6) Für das Ausgleichsjahr 2020 gelten die Vorgaben der Absätze 1 und 2 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung. Für die Ausgleichsjahre 2021 und 2022 gilt die Vorgabe des Absatzes 2 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere

1. zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 und 6 und
2. zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1 zu übermittelnden Daten.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1. Die Kosten für die Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 werden durch die betroffenen Krankenkassen getragen."

60. In § 270a Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Absatz 6 Satz 1" durch die Angabe „Absatz 7" ersetzt.

61. Dem § 271 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2021 190 Millionen Euro an das Bundesministerium für Gesundheit gezahlt."

61a. Nach § 272 wird folgender § 272a eingefügt:

„§ 272a

Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2022

Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2021 die nach § 271 Absatz 2 Satz 3 festgesetzte Mindesthöhe auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Jahr 2021, werden die über die Mindesthöhe hinausgehenden Mittel abzüglich der Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 im Jahr 2022 den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2022 zugeführt."

62. In § 273 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung" jeweils gestrichen.

63. § 275 wird wie folgt geändert:

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

„(1b) Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Feststellung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und
2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf sowie insbesondere auf das Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 hinzuweisen. Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen zu dem in Satz 1 bezeichneten Zweck im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. Den Umfang der Datenerhebung nach Satz 7 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben erforderlich sind

1. zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehenen sind,
3. zur Ermittlung von Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder
4. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

Die nach diesem Absatz erhobenen und verarbeiteten versichertenbezogenen Daten dürfen von den Krankenkassen nicht mit anderen Daten zu einem anderen Zweck zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie nicht mehr für die Entscheidung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, benötigt werden."

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze

Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen."

64. § 275b wird wie folgt geändert:

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

„(4) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch wirksam aufeinander abzustimmen, insbesondere durch

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

Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen unter Berücksichtigung des inhaltlichen Schwerpunkts der vorgesehenen Prüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft geschlossenen Vereinbarungen zu beteiligen. Im Rahmen der Zusammenarbeit sind die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe die ihnen nach dem Sozialgesetzbuch zugänglichen Daten über die Leistungserbringer, die sie im Rahmen von Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 verarbeiten, mitzuteilen, soweit diese für die Zwecke der Prüfung durch den Empfänger erforderlich sind. Diese Daten sind insbesondere die Zahl und Art der Plätze und deren Belegung, über die personelle und sachliche Ausstattung sowie über Leistungen und Vergütungen der Leistungserbringer. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren. Erkenntnisse aus den Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind vom Medizinischen Dienst unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind.

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

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

65. § 276 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „bei den Leistungserbringern" die Wörter „unter Nennung des Begutachtungszwecks" eingefügt.

b) In Satz 5 werden die Wörter „304 Abs. 1 Satz 2 und 3" durch die Wörter „304 Absatz 1 Satz 2" ersetzt.

66. § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Bei Prüfungen nach § 275c gilt Satz 2 erster Halbsatz auch für die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung, soweit diese keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch vollständig zu übermitteln."

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

67a. § 280 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „69 und 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf" durch die Wörter „70 Absatz 1 des Vierten Buches" ersetzt.

b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde; der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan ist der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den Medizinischen Dienst geltendes Recht verstößt."

67b. § 281 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Für den Haushaltsplan des Medizinischen Dienstes Bund gilt § 217d Absatz 4 entsprechend."

67c. In § 293a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „nach § 140a Absatz 1 Satz 3" durch ein Komma und die Wörter „die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden," ersetzt.

68. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Verträge" die Wörter „über Modellvorhaben nach § 64e," eingefügt.

bb) In Satz 8 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Angabe" die Wörter „je Diagnose" eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 werden nach dem Wort „ist," die Wörter „je Diagnose" eingefügt.

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 30. September 2021 eine Verkürzung der Frist der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen nach Satz 1 Nummer 4."

d) In Absatz 4 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gegenüber den nach Satz 3 zu Beteiligenden das Verfahren nachvollziehbar und transparent zu begründen, Anforderungen für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten nach Satz 6 darzulegen und die Erläuterungen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen" eingefügt.

69. § 299 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 werden die Wörter „und darf über die Daten nach Satz 2 hinaus keine Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten verarbeiten" gestrichen.

b) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Versendestelle darf über die Daten nach Satz 2 hinaus weitere Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten auf Grund anderer Vorschriften nur verarbeiten, sofern diese Datenverarbeitung organisatorisch, personell und räumlich von der Datenverarbeitung für den Zweck der Versendestelle nach Satz 1 getrennt ist und nicht zum Zweck der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b erfolgt."

c) Im neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7" durch die Angabe „Satz 8" ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „es sei denn, dass es aus methodischen Gründen der Befragung erforderlich ist, bestimmte Daten länger zu verarbeiten" eingefügt.

d) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Dann sind diese Daten spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Patientenbefragungen auch in digitaler Form vorsehen; die Sätze 1 bis 10 gelten entsprechend."

69a. § 300 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Anbieter von Leistungen nach dem vorstehenden Halbsatz haben vereinnahmte Gelder, soweit diese zur Weiterleitung an Dritte bestimmt sind, unverzüglich auf ein offenes Treuhandkonto zugunsten des Dritten einzuzahlen" eingefügt.

b) In Satz 2 wird das Wort „hierzu" durch die Wörter „nach Satz 1 erster Halbsatz" ersetzt.

70. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden die Wörter „und Rehabilitationseinrichtungen" angefügt.

b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Verfahren der Abrechnung" die Wörter „sowie ein Verfahren zur Übermittlung eines Antrages auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten, jeweils" eingefügt.

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

„(4a) Einrichtungen, die Leistungen nach § 15 des Sechsten Buches und nach § 33 des Siebten Buches erbringen, sind auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse verpflichtet, dieser bei Erwerbstätigen mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, die im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten stehen, sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches und § 74 folgende Angaben zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 2 bis 6,
2. das Institutionskennzeichen der Einrichtung,
3. den Tag der Aufnahme, den Tag und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,

4. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit,
5. die zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches sowie nach § 74 erforderlichen Angaben.

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

71. In § 302 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

71a. § 304 Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

71b. In § 398 Absatz 1 werden die Wörter „§ 171b Absatz 2 Satz 1“ durch die Wörter „§ 160 Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

71c. § 363 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „eine Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme“ durch die Wörter „die periodenübergreifenden Pseudonyme“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „die §§ 303f und 399 Absatz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Angabe „§ 303f“ ersetzt.

71d. § 399 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „entgegen“ die Wörter „§ 64e Absatz 11 Satz 2 Nummer 2 oder“ eingefügt und die Angabe „Nummer 2“ durch die Wörter „Nummer 2, auch in Verbindung mit § 363 Absatz 4 Satz 2,“ ersetzt.

b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „entgegen“ die Wörter „§ 64e Absatz 11 Satz 5 oder“ eingefügt, die Angabe „Satz 4“ durch die Wörter „Satz 4, auch in Verbindung mit § 363 Absatz 4 Satz 2,“ ersetzt und das Wort „verwendet“ durch das Wort „verarbeitet“ ersetzt.

71e. § 400 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen, die am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, nehmen weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.“

72. § 403 wird aufgehoben.

73. § 403a wird § 403.

74. § 412 Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisse können bis zum 31. Dezember 2022 nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitsnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund gekündigt werden.“

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 7b wie folgt gefasst:

„§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Nach der Angabe zu § 43b wird folgende Angabe zum Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Sechster Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen“.

c) Nach der Angabe zu § 61 wird das Sechste Kapitel wie folgt geändert:

aa) Folgender Abschnitt wird eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“.

bb) In der Angabe zum bisherigen „Dritten Abschnitt“ des Sechsten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.

cc) In der Angabe zum bisherigen „Vierten Abschnitt“ des Sechsten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.

d) Nach der Angabe zu § 82b wird folgende Angabe zu § 82c eingefügt:

„§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen“.

e) Nach der Angabe zu § 88 wird folgende Angabe zu § 88a eingefügt:

„§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“.

f) Nach der Angabe zu § 110 wird folgende Angabe zu § 110a eingefügt:

„§ 110a Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben“.

g) Die Angabe zu § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“.

1. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 7b
Pflicht zum
Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.“

2. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ durch die Wörter „des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung“ ersetzt und wird die Angabe „§ 113b Absatz 4“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 und 4a“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

cc) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

dd) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „den Sätzen 2 und 4“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.“

b) In Satz 10 wird nach dem Wort „Bundesebene“ ein Komma und das Wort „erstmals“ eingefügt und wird nach der Angabe „31. März 2019“ ein Komma eingefügt.

d) Absatz 9 Satz 2 wird aufgehoben.

3. § 25 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird nach den Wörtern „Teil berücksichtigt“ das Semikolon und werden die Wörter „für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 erster Teilsatz werden die Wörter „oder Bundesfreiwilligendienst“ gestrichen.

4. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

„Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.“

5. § 36 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird die Angabe „689“ durch die Angabe „724“ ersetzt.

b) In Nummer 2 wird die Angabe „1 298“ durch die Angabe „1 363“ ersetzt.

c) In Nummer 3 wird die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 693“ ersetzt.

d) In Nummer 4 wird die Angabe „1 995“ durch die Angabe „2 095“ ersetzt.

6. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter

den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

b) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden.“

bb) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt.

7. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 774“ ersetzt.

b) In Satz 3 wird die Angabe „3 224“ durch die Angabe „3 386“ ersetzt.

8. Nach § 43b wird folgender Sechster Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Sechster Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c

Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 45 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.“

9. Dem § 44 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

10. Dem § 44a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

11. § 45a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind.“

b) Nach dem bisherigen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet."

c) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „5, 7 und 8" durch die Wörter „5 und 7 bis 9" ersetzt.

d) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

12. § 45c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „10 Millionen" durch die Angabe „20 Millionen" ersetzt.

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite."

bb) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „4" durch die Angabe „5" ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren."

13. § 53d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „mit" die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen" eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. Januar 2022 zu erheben und in nicht personenbezogener Form an den Medizinischen Dienst Bund zu übermitteln. Der Medizinische Dienst Bund wertet die übermittelten Daten unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste aus."

c) Im bisherigen Satz 2 werden nach dem Wort „Richtlinien" die Wörter „nach Satz 1" eingefügt.

14. In § 55 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,25" durch die Angabe „0,35" ersetzt.

15. In § 57 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und Absatz 3 und 4" durch die Wörter „§ 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und 3, Absatz 3 und 4" ersetzt.

16. Dem § 61 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Pflegeversicherung zu tragen hätten."

17. Nach § 61 wird folgender Dritter Abschnitt des Sechsten Kapitels eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65."

18. In der Überschrift des bisherigen „Dritten Abschnitts" des Sechsten Kapitels wird das Wort „Dritter" durch das Wort „Vierter" ersetzt.

19. In der Überschrift des bisherigen „Vierten Abschnitts" des Sechsten Kapitels wird das Wort „Vierter" durch das Wort „Fünfter" ersetzt.

20. In § 71 Absatz 3 Satz 7 wird die Angabe „1. Juni 2021" durch die Angabe „1. Januar 2023" ersetzt.

21. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b erfüllen,".

b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „die Leistungen" die Wörter „ressourcenschonend und effizient" eingefügt.

c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3f eingefügt:

„(3a) Ab dem 1. September 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind.

(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist, oder
3. die Höhe der Entlohnung einer der Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht unterschreitet.

Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind bis spätestens zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b anzupassen.

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b fest. Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind oder welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b für sie maßgebend sind. Änderungen der Angaben gemäß Satz 1 nach Abschluss des Versorgungsvertrags sind unverzüglich mitzuteilen. Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die Angaben gemäß Satz 1 oder Satz 2 spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 3 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 3a gebunden sind, haben den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Dabei sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln.

(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c.“

22. In § 74 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 72 Abs. 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 72 Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b“ ersetzt.
23. In § 75 Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe“ die Wörter „oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger“ eingefügt.
24. § 75 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    a) Nummer 10 wird aufgehoben.
    b) Nummer 11 wird Nummer 10.
25. Nach § 82b wird folgender § 82c eingefügt:

„§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

(2) Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 eine Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit die Höhe ihrer Entlohnung nach dem Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung, der oder die nach § 72 Absatz 3b für ihre Entlohnung maßgebend ist, das regional übliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Eine deutliche Überschreitung des regional üblichen Entgeltniveaus liegt dann vor,

wenn die Entlohnung nach Satz 1 die durchschnittliche Entlohnung für solche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, von Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 angewendet werden, um mehr als 10 Prozent übersteigt.

(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 oder die Höhe der Entlohnung nach Absatz 2 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum Ablauf des 30. September 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 fest. Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. § 72 Absatz 3c Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen sollen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene unverzüglich nach Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 4, spätestens innerhalb eines Monats, für das jeweilige Land eine Übersicht veröffentlichen, welche Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen eine Entlohnung nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen.“

26. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„(7) Der Träger der Einrichtung ist ab dem 1. September 2022 verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 72 Absatz 3c Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

b) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 7a.

c) Absatz 9 wird aufgehoben.

27. § 85 Absatz 9 bis 11 wird aufgehoben.

28. In § 87a Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungsbeträge“ die Wörter „einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c“ eingefügt.

29. Nach § 88 wird folgender § 88a eingefügt:

„§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum 20. April 2022 abzugeben. Die Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.“

30. § 89 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden.“

31. In § 89 Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „und Absatz 7“ durch ein Komma und die Wörter „Absatz 7 und 7a“ ersetzt.

32. Nach § 110 wird folgender § 110a eingefügt:

„§ 110a

Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

(1) Für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 können private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben.

(2) Bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 dürfen ausschließlich Mehrausgaben des privaten Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden, die

1. aus der Erfüllung der Verpflichtung nach § 150 Absatz 4 Satz 5 entstehen oder entstanden sind und
2. nicht durch Minderausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in dem Zeit-

raum, für den der Erstattungsbetrag nach § 150 Absatz 2 an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gezahlt wurde, kompensiert werden können.

Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

(3) Die Mehrausgaben im Sinne des Absatzes 2 sind auf die Tarifstufen gemäß der Zahl der Leistungsempfänger der jeweiligen Tarifstufe zu verteilen und mit dem Zuschlag nach Absatz 1 gleichmäßig durch alle Versicherten der jeweiligen Tarifstufe der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu finanzieren.

(4) Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

(6) Der Zuschlag nach Absatz 1 wird nicht für Personen erhoben, die

1. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,
2. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch haben oder
3. allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches würden.“

33. Nach § 112a Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben.“

34. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ambulanten und stationären Pflege“ durch die Wörter „ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.“

b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.

35. § 113b wird wie folgt geändert:

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

„(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 113 legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben und Vorhaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und die Möglichkeit der Ersatzvornahme entsprechend Absatz 8 Satz 3 bis 5.“

b) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „nach Absatz 4“ die Wörter „und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

„(10) Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 2, 3, 5 und 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

36. § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2

a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,

b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,

c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,

d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,

e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,

2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,

b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,

c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,

d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,

e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,

3. für Fachkraftpersonal

a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,

b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,

c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,

d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,

e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder

2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder

3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und

2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:

a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes und

b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufegesetzes.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter

Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltszahlen für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für die Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können.

Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.

(6) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 3, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltszahlen nach Absatz 5 Nummer 1 möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die in den Ländern durchschnittlich nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 1. April 2025 die erforderlichen Daten und Ergebnisse für die Prüfung nach Satz 1 und 2 zur Verfügung. Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat innerhalb von sechs Monaten nach der Vorlage der Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.“

37. In § 115 Absatz 3a Satz 2 werden die Wörter „§ 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4 zugrunde gelegten Gehälter“ durch die Wörter „§ 82c Absatz 1 zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung“ ersetzt.
38. § 128 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    a) Satz 3 wird aufgehoben.
    b) Satz 4 wird aufgehoben.
39. § 141 Absatz 3 bis 3c wird aufgehoben.
40. In § 143 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „§ 12b Absatz 1 und 1a“ durch die Wörter „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 2a

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung –, das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 84 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird aufgehoben.
    b) Absatz 7a wird aufgehoben.
2. § 89 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.
    b) Absatz 3 Satz 4 wird das Komma und werden die Wörter „Absatz 7 und 7a“ durch die Wörter „und Absatz 7“ ersetzt.

Artikel 3

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 12 des Geset-

zes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „§ 403a“ durch die Angabe „§ 403“ ersetzt.
2. Dem § 39 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

   „Für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 gilt § 240 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Regelungen der Satzung treten.“
3. Dem § 45 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

   „Für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gilt § 39 Absatz 2 Satz 5 entsprechend.“

Artikel 4

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 192 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. Juni 2021 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 152“ die Wörter „des Versicherungsaufsichtsgesetzes und im Notlagentarif nach § 153“ eingefügt.
2. Die folgenden Sätze werden angefügt:

   „Soweit im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes der Versicherer die aus dem Versicherungsverhältnis geschuldete Leistung an den Leistungserbringer oder den Versicherungsnehmer erbringt, wird er von seiner Leistungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer frei. Der Versicherer kann im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes nicht mit einer ihm aus der Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung zustehenden Prämienforderung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus diesen Versicherungen aufrechnen. § 35 ist nicht anwendbar.“

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Absatz 1b werden die Wörter „oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden“ gestrichen.
2. § 17b wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 10 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „schriftlicher“ die Wörter „oder elektronischer“ eingefügt.
   b) Absatz 1a Nummer 3 wird aufgehoben.
   c) In Absatz 3 Satz 6 wird nach dem Wort „verpflichtet“ das Semikolon und werden die Wörter „Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung“ gestrichen.
   d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 2 wird nach dem Wort „insbesondere“ das Wort „erstmals“ eingefügt.
      bb) In Satz 10 wird die Angabe „31. August 2021“ durch die Angabe „31. August 2022“ ersetzt.
3. § 17d Absatz 9 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 wird nach der Angabe „Nr. 1 Buchstabe a“ die Angabe „und e“ eingefügt.
   b) Satz 2 wird aufgehoben.
4. In § 18 Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
5. § 21 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Ermittlung hat nur für den Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes zu erfolgen“ eingefügt.
      bb) In Satz 2 werden die Wörter „in der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung“ durch die Wörter „nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder in der Anlage zu dieser Verordnung“ ersetzt.
      cc) In Satz 6 werden nach der Angabe „2021“ die Wörter „für den jeweiligen Zeitraum des Erhalts von Ausgleichszahlungen“ eingefügt.
   b) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 23 Nummer 2“ durch die Wörter „§ 23 Absatz 1 Nummer 2“ ersetzt.
6. § 24 wird wie folgt geändert:
   a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
   b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
7. Die §§ 31 und 32 werden durch die folgenden §§ 31 bis 35 ersetzt:

„§ 31

Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nimmt die Aufgaben als Beliehener wahr, die ihm

1. nach diesem Gesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den auf Grundlage dieser Gesetze jeweils erlassenen Rechtsverordnungen übertragen sind oder
2. die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übertragen, soweit dieses Gesetz, das Krankenhausentgeltgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und die auf Grundlage dieser Gesetze jeweils erlassenen Rechtsverordnungen die Aufgabenübertragung vorsehen.

(2) Die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 schließt die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie den Erlass der Widerspruchsbescheide ein.

(3) Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Entscheidungen des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 32

Eignung zur Aufgabenwahrnehmung

(1) Der Gegenstand der Gesellschaft des Beliehenen darf vorbehaltlich des Absatzes 2 nur auf die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben und der damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben gerichtet sein.

(2) Der Gegenstand der Gesellschaft darf auf andere Aufgaben ausgedehnt werden. Die Erweiterung des Gegenstandes der Gesellschaft bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie ist zu erteilen, soweit die beabsichtigte Erweiterung des Gegenstandes der Gesellschaft nicht die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 beeinträchtigt.

(3) Die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers oder der Geschäftsführer des Beliehenen erfolgt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Es kann der Bestellung oder der Abberufung widersprechen, wenn durch die Bestellung oder die Abberufung die Eignung des Beliehenen zur Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben in Frage gestellt wird.

(4) Der Beliehene ist verpflichtet, alle personellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben fortlaufend sicherzustellen.

(5) Der Beliehene hat dem Bundesministerium für Gesundheit

1. beabsichtigte Änderungen des Gesellschaftsvertrages, die sich auf die Wahrnehmung seiner Aufgaben auswirken können, mitzuteilen sowie
2. den festgestellten Jahresabschluss unverzüglich nach seiner Feststellung zusammen mit dem Lagebericht und dem Prüfungsbericht nach § 321 des Handelsgesetzbuchs zu übermitteln.

(6) Die Gesellschafter können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit auflösen.

§ 33

Aufsicht über den Beliehenen

(1) Der Beliehene unterliegt bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

(2) Der Beliehene hat dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Ausübung des Aufsichtsrechts auf Grund pflichtgemäßer Prüfung von diesem gefordert werden.

(3) Wird durch das Handeln oder Unterlassen des Beliehenen das Recht verletzt, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Beliehenen verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Zwangsmittel für jeden Fall der Nichtbefolgung androhen. § 13 Absatz 6 Satz 2 des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes ist nicht anwendbar.

§ 34

Rückgriff

Wird der Bund wegen eines Schadens in Anspruch genommen, den der Beliehene bei der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben oder von damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben einem Dritten durch eine vorsätzliche oder fahrlässige Amtspflichtverletzung zugefügt hat, so kann der Bund gegenüber dem Beliehenen Rückgriff nehmen.

§ 35

Finanzierung

Die Aufwendungen des Beliehenen werden durch den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 ausgeglichen.“

Artikel 6

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

      „Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag, der für die Jahre ab dem Jahr 2022 vereinbart wird, jeweils auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden. Satz 9 findet keine Anwendung, sobald für das jeweilige Vorjahr mehr Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet werden, im Erlösbudget vereinbart wurden als für das Jahr 2019.“

   b) In Absatz 8a Satz 4 werden nach dem Wort „schriftlichen“ die Wörter „oder elektronischen“ eingefügt.

   c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „schriftliche“ die Wörter „oder elektronische“ eingefügt.

      bb) In Satz 8 werden nach der Angabe „11“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung“ eingefügt.

2. § 5 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 3a wird aufgehoben.

b) Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind die für den Vereinbarungszeitraum vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.“

c) In Absatz 3e Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 sind bei der Berechnung des Abschlags nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.

d) In Absatz 4 Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „für die Jahre 2020 und 2021“ durch die Wörter „für die Jahre 2020, 2021 und 2022“ ersetzt.

2a. § 6 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „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“ eingefügt.

b) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie im Hinblick auf die Vereinbarung für Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes, für die zum 30. April eine Information eingeholt wurde, wenn diese Vereinbarung vor dem 1. Juli geschlossen wird“ eingefügt.

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Sofern nach der Information nach Satz 3 eine Vereinbarung nach Satz 1 nur deshalb nicht zulässig ist, weil die neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die Gabe eines noch nicht zugelassenen Arzneimittels enthält, soll eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen werden, die ab dem Zeitpunkt der Zulassung des Arzneimittels gilt; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat dafür seine Information nach Satz 3 anzupassen.“

2b. § 6a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ ein Semikolon und werden die Wörter „abweichend hiervon können die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, dass die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation des Jahres 2018 zugrunde zu legen ist“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Kostenentwicklung“ ein Semikolon und werden die Wörter „soweit dies in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt ist, sind bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation stattdessen die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Jahr 2018 zu berücksichtigen“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen; zusätzlich sind Daten und Nachweise für das Jahr 2018 vorzulegen, sofern diese nach der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal zugrunde zu legen sind. Das vereinbarte Pflegebudget einschließlich der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu dokumentieren; aus der Dokumentation müssen die Höhe des Pflegebudgets sowie die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflegebudgets hervorgehen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jährlich jeweils bis zum 30. September eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das Vereinbarungsjahr vorzulegen über

1. die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt, gegliedert nach Berufsbezeichnungen,
2. die Pflegepersonalkosten insgesamt,
3. die Überprüfung der nach den Vorgaben der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 im Pflegebudget
   a) zu berücksichtigenden jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, und
   b) zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten,
4. eine geprüfte Aufstellung der Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a und
5. die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3.

Für die Vorlage der Daten nach Satz 2, die Dokumentation nach Satz 3 und die nach Satz 4 vorzulegende Bestätigung sind die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu beachten. Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die Daten nach Satz 2 und die Dokumentation nach Satz 3 elektronisch; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in den Sätzen 3 und 4 Nummer 1 bis 3 und 5 genannten Angaben krankenhausbezogen barrierefrei auf seiner Internetseite. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Angaben nach Satz 6 und zu Maßnahmen im Falle der nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung sowie einer nicht fristgerechten Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4 legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Sofern die Vertragsparteien nach § 11 bis zum 20. Juli 2021 noch kein Pflegebudget nach Absatz 1 Satz 1 für das Jahr 2020 vereinbart haben, legen sie hierfür die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbarte Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal für das Vereinbarungsjahr 2021 zugrunde.“

3. § 8 Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit kein Ausnahmetatbestand nach § 136b Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden kann oder keine berechtigte mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird.“

4. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 8 werden nach dem Wort „Mitteln“ die Wörter „sowie bis zum 17. August 2021 zu der einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets sowie der wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflegebudgets beinhaltet“ eingefügt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. bis zum 31. Oktober 2021 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie für die Qualitätssicherung erforderliche Mindestanforderungen fest und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist mit der jährlichen Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion zu beauftragen, wobei die für die Kalkulation entstehenden Kosten aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren sind;“.

b) Nummer 4 wird aufgehoben.

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „§ 9 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 2“ ersetzt.

bb) In Nummer 6 wird die Angabe „3a,“ gestrichen.

b) Absatz 10 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren“ eingefügt.

6. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und unter Verwendung der in Absatz 4 Satz 1 genannten Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren“ eingefügt.

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

7. Dem § 15 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 sind auch auf erstmalig vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden.“

8. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Daten“ die Wörter „nach Absatz 1“ eingefügt.

bbb) In Nummer 1 werden die Wörter „Entwicklung und“ gestrichen.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten nach Absatz 1 jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen; eine Nutzung der veröffentlichten Daten durch Dritte ist ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken zulässig.“

b) In Absatz 3a Satz 1 wird nach dem Wort „ausgewählte“ ein Komma und werden die Wörter „gemäß Absatz 1 übermittelte“ eingefügt.

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

„(3b) Für die Überprüfung nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie für ergänzende Analysen zum Zweck der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme übermittelt das Krankenhaus die Daten gemäß Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene auf maschinenlesbaren Datenträgern zusätzlich zur Übermittlung nach Absatz 1

1. bis zum 15. Juni jeden Jahres für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Mai des laufenden Kalenderjahres nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind,
2. bis zum 15. Oktober jeden Jahres für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 30. September des laufenden Kalenderjahres nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, und
3. bis zum 15. Januar jeden Jahres für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des vorangegangenen Kalenderjahres nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind.

Die Datenstelle legt das Nähere zur Datenübermittlung fest; die Festlegung der Datenstelle ist barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu veröffentlichen. Die Datenstelle prüft die übermittelten Daten auf Plausibilität. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die Datenstelle übermittelt die geprüften Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist nach Satz 1. Die Datenstelle veröffentlicht die Daten nach Satz 1 innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist nach Satz 1 in anonymisierter und zusammengefasster Form barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; eine Nutzung der veröffentlichten Daten durch Dritte ist ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken zulässig. Die Datenstelle stellt dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung unverzüglich Auswertungen für seine Belange und für die Überprüfung nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung. Die Kosten für die Erstellung der Auswertungen nach Satz 7 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen der nach Satz 1 übermittelten Daten sind unzulässig.“

d) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „nach Absatz 1“ die Wörter „oder Absatz 3b“ eingefügt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „im Fall einer nicht, nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Übermittlung der Daten nach Absatz 3b hat der zu vereinbarende Abschlag mindestens 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses zu betragen, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht; die Datenstelle regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle“ eingefügt.

Artikel 7

Änderung des Ergotherapeutengesetzes

In § 10 Satz 1 und 2 des Ergotherapeutengesetzes vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2024“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden

In § 11 Satz 1 und 2 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2024“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

In § 19 Satz 1 und 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2024“ ersetzt.

Artikel 9a

Änderung des Pflegeberufegesetzes

Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 13a des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 14 wie folgt gefasst:

   „§ 14 Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

   „§ 14

   Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“.

   b) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „§ 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „§ 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

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

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:
   a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
      aa) In Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird Absatz 1 wie folgt geändert:
         aaa) In Satz 6 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 4“ ersetzt.
         bbb) In Satz 7 wird die Angabe „4“ jeweils durch die Angabe „6“ ersetzt.
         ccc) In Satz 8 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
         ddd) In Satz 10 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.
         eee) In Satz 11 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 4“ ersetzt.
      bb) In Buchstabe c wird Absatz 1a wie folgt geändert:
         aaa) In Satz 1 werden die Wörter „einer Organ- und Gewebespende“ durch die Wörter „einer Organ- und Gewebeentnahme“ ersetzt.
         bbb) In Satz 3 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
      cc) In Buchstabe g wird die Angabe „3 und 4“ durch die Angabe „3, 4 und 4a“ ersetzt.
   b) In Nummer 3 wird § 2a wie folgt geändert:
      aa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
         aaa) In Satz 3 werden die Wörter „Organ- und Gewebespende“ durch die Wörter „Organ- und Gewebeentnahme“ ersetzt.
         bbb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

            „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die im Register gespeicherten personenbezogenen Daten zudem zum Zweck der Erstellung eines Jahresberichts verwenden. In dem Jahresbericht sind die im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihre Änderungen und Widerrufe in anonymisierter Form nach Anzahl, Geschlecht, Geburtsjahr und Bundesland, in dem die erklärende Person ihren Wohnsitz hat, auszuwerten. Der Jahresbericht ist jährlich bis zum 30. Juni zu veröffentlichen.“
      bb) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
         aaa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
            aaaa) In Buchstabe a wird nach dem Wort „Familiennamen“ das Wort „Doktortitel,“ eingefügt und wird nach dem Wort „Anschrift“ ein Komma und werden die Wörter „die zu pseudonymisierende Krankenversichertennummer“ eingefügt.
            bbbb) In Buchstabe c wird nach dem Wort „Geburtsdatum“ das Wort „Geburtsort,“ eingefügt.
         bbb) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
            aaaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Transplantationsbeauftragten“ eingefügt.
            bbbb) In Buchstabe a wird nach dem Wort „Geburtsdatum“ ein Komma und das Wort „E-Mail-Adresse“ eingefügt.
         ccc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

            „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf das Pseudonym der Krankenversichertennummer ausschließlich zum Zweck der Vermeidung möglicher Fehlzuordnungen bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall verarbeiten. Das Verfahren zur Pseudonymisierung legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Benehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“
      cc) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
         aaa) In Satz 1 werden die Wörter „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf eine Auskunft aus dem Register“ durch die Wörter „Eine Auskunft aus dem Register darf“ ersetzt und wird das Wort „erteilen“ durch die Wörter „erteilt werden“ ersetzt.
         bbb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

            „Ein als auskunftsberechtigt benannter Arzt oder Transplantationsbeauftragter darf eine Auskunft zu einem möglichen Organ- oder Gewebespender erfragen,

            1. wenn der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 festgestellt worden ist oder
            2. in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird.“
         ccc) Satz 4 wird wie folgt geändert:
            aaaa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird das Wort „weitergegeben“ durch das Wort „übermittelt“ ersetzt.

bbbb) Der Nummer 1 werden die Wörter „in den Fällen des Satzes 2 Nummer 1 an“ vorangestellt.

cccc) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. in den Fällen des Satzes 2 Nummer 2 an den Arzt, der den möglichen Organ- oder Gewebespender behandelt, und“.

dddd) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

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

c) Nummer 4 wird aufgehoben.

2. Artikel 2 Nummer 1 wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. März 2021 (BGBl. I S. 360) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Satz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

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

c) Satz 3 wird aufgehoben.

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bbb) In Nummer 8 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich des Länderkennzeichens“ eingefügt.

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

ddd) Die folgenden Nummern 12 bis 16 werden angefügt:

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

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

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

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

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei den Angaben nach Satz 1 Nummer 8 ist das dem Versicherten in dem Berichtsjahr zuletzt zugeordnete Länderkennzeichen zu melden.“

b) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und § 269 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4, 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „nach § 2 Absatz 1 Satz 1“ gestrichen.

bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 7 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

cc) In Satz 11 werden die Wörter „Absatzes 5 Satz 1“ durch die Wörter „§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5“ ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird aufgehoben.

bb) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 als auch der Risikogruppe nach Satz 1 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 maßgeblich.“

cc) Die neuen Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann ab dem Ausgleichsjahr 2023 im Versicher-

tenklassifikationsmodell bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 länderübergreifende Risikogruppen bilden. Als abgerechnete Rechnungsbeträge eines Jahres nach § 269 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die im jeweiligen Berichtsjahr beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen.“

4. § 9 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „einschließlich des amtlichen Gemeindeschlüssels ihres Wohnorts“ eingefügt.

   b) In Satz 2 wird das Wort „Versicherungszeiten“ durch das Wort „Daten“ ersetzt.

   c) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

   „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren der Übermittlung und der zeitlichen Zuordnung der Daten nach Satz 1.“

5. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld

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

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

6. In § 11 werden die Wörter „das Krankengeld“ durch die Wörter „die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.

7. § 18 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 2 wird aufgehoben.

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

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

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

      dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Risikopool“ die Wörter „und nach Satz 3“ eingefügt.

   b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

10. Dem § 27 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 angefügt:

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung.

(4) Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Ausgleichsjahr 2020 das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit zu Grunde zu legen. Bei der Zuordnung nach Satz 1 gilt § 18 Absatz 1 Satz 3 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung.

(5) Zur Umsetzung der Vorgaben nach § 269 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 18 Absatz 1 Satz 3 passt das Bundesamt für Soziale Sicherung unterjährig die Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr 2021 an.“

Artikel 12

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

   b) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

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

2. § 26 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

      In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 kann auch das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung angeordnet werden. In dem Beschluss nach Satz 1 Nummer 2 ist der Zeitpunkt des Ablaufs der Frist nach § 95e Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzusetzen.“

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

3. Nach § 27 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

   „Er beschließt auch von Amts wegen über die vollständige Entziehung der Zulassung, wenn die Voraussetzungen nach § 95e Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind.“

4. § 31 wird wie folgt geändert:

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

   b) In Absatz 8 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind“ eingefügt.

4a. § 36 wird wie folgt geändert:

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

      „Sitzungen sind im Regelfall als Präsenzsitzungen bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchzuführen; unter den Voraussetzungen der Absätze 3 und 4 können sie mittels Videotechnik durchgeführt werden.“

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Patientenvertreterinnen und -vertreter“ die Wörter „und in den Fällen des § 96 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde zur Wahrnehmung ihres Mitberatungsrechts“ eingefügt.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Soll die Wahrnehmung des Mitberatungsrechts im Rahmen einer Sitzung mittels Videotechnik nach Absatz 4 erfolgen, sind sie in der Ladung oder im Fall einer späteren Entscheidung für diese Sitzungsform unverzüglich über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren.“

   c) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

      „(3) Abweichend von Absatz 1 kann eine Sitzung aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen gewichtigen Gründen auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer mittels Videotechnik durchgeführt werden. Hierüber entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei entscheidet er auch, ob die Sitzung durchgeführt werden soll

      1. als kombinierte Präsenz- und Videositzung, an der sowohl Personen im Sitzungszimmer als auch mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen, oder

      2. als Videokonferenz, an der nur mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen.

      Die Entscheidung kann nur einstimmig getroffen werden. Der Zulassungsausschuss kann die Entscheidung ohne Präsenzsitzung in einer Video- oder Telefonkonferenz treffen. Die Gründe nach Satz 1 und die Bestätigung der Einstimmigkeit der Beschlussfassung durch den Vorsitzenden sind schriftlich zu dokumentieren und der Niederschrift nach § 42 beizufügen. Die Entscheidung nach den Sätzen 2 und 3 ist nicht isoliert anfechtbar. Wird eine Sitzung mittels Videotechnik durchgeführt, so ist sie über die gesamte Sitzungsdauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, zu übertragen. Es ist sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung der Übertragung ist unzulässig.

      (4) Hat der Zulassungsausschuss gemäß Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung, bei der die Patientenvertreterinnen und -vertreter oder die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde ein Mitberatungsrecht haben, mittels Videotechnik durchzuführen, so können diese ihr Mitberatungsrecht wahrnehmen, indem sie mittels Videotechnik an der Sitzung teilnehmen.“

4b. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

      „Hat der Zulassungsausschuss gemäß § 36 Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, gilt für die im Rahmen dieser Sitzung durchgeführten mündlichen Verhandlungen § 36 Absatz 3 Satz 8 bis 10 entsprechend. Widerspricht ein am Verfahren beteiligter Arzt der Durchführung der mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik, ist die mündliche Verhandlung unter persönlicher Anwesenheit der Mitglieder des Zulassungsausschusses und des widersprechenden Arztes im Sitzungszimmer durchzuführen; auf die Form der Teilnahme anderer Beteiligter hat der Widerspruch

keinen Einfluss. Wird eine mündliche Verhandlung mittels Videotechnik durchgeführt, so stellt der Zulassungsausschuss auf Verlangen eines an dem Verfahren beteiligten Arztes geeignete Räumlichkeiten mit der erforderlichen technischen Ausstattung für seine Teilnahme an der Sitzung zur Verfügung.“

b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Hat der Zulassungsausschuss gemäß § 36 Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, sind die Beteiligten nach Satz 1 im Fall einer im Rahmen dieser Sitzung durchgeführten mündlichen Verhandlung in der Ladung oder im Fall einer späteren Entscheidung für diese Sitzungsform unverzüglich über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren. Die beteiligten Ärzte sind auch über ihr Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Satz 4 und die Möglichkeit der Teilnahme nach Absatz 1 Satz 5 zu informieren.“

c) Der folgende Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Zulassungsausschuss kann Beteiligten, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde auf Antrag oder von Amts wegen gestatten, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen vorzunehmen, auch wenn Gründe nach § 36 Absatz 3 Satz 1 nicht vorliegen. Er kann Zeugen oder Sachverständigen auf Antrag gestatten, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten, auch wenn Gründe nach § 36 Absatz 3 Satz 1 nicht vorliegen. § 36 Absatz 3 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend.“

4c. Nach § 41 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Abstimmungen in Sitzungen, die mittels Videotechnik durchgeführt werden, erfolgen durch mündliche Erklärung der einzelnen Mitglieder. Der Vorsitzende fasst das Abstimmungsergebnis zusammen.“

5. § 46 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe d wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe e wird angefügt:

„e) nach Beschluss des Ruhens einer Zulassung nach § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 .....400 Euro.“

Artikel 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

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

1. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

b) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

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

2. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

1. die Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragzahnärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen oder
2. die Voraussetzungen des § 95e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 kann auch das Ruhen der Hälfte der Zulassung angeordnet werden. In dem Beschluss nach Satz 1 Nummer 2 ist der Zeitpunkt des Ablaufs der Frist nach § 95e Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzusetzen.“

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

3. Nach § 27 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Er beschließt auch von Amts wegen über die vollständige Entziehung der Zulassung, wenn die Voraussetzungen nach § 95e Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind.“

4. § 31 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 8 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind“ eingefügt.

4a. § 36 wird wie folgt geändert:

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

„Sitzungen sind im Regelfall als Präsenzsitzungen bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchzuführen; unter den Voraussetzungen der Absätze 3 und 4 können sie mittels Videotechnik durchgeführt werden.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Patientenvertreterinnen und -vertreter“ die Wörter „und in den Fällen des § 96 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste

Landesbehörde zur Wahrnehmung ihres Mitberatungsrechts“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Soll die Wahrnehmung des Mitberatungsrechts im Rahmen einer Sitzung mittels Videotechnik nach Absatz 4 erfolgen, sind sie in der Ladung oder im Fall einer späteren Entscheidung für diese Sitzungsform unverzüglich über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren.“

c) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) Abweichend von Absatz 1 kann eine Sitzung aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen gewichtigen Gründen auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer mittels Videotechnik durchgeführt werden. Hierüber entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei entscheidet er auch, ob die Sitzung durchgeführt werden soll

1. als kombinierte Präsenz- und Videositzung, an der sowohl Personen im Sitzungszimmer als auch mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen, oder
2. als Videokonferenz, an der nur mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen.

Die Entscheidung kann nur einstimmig getroffen werden. Der Zulassungsausschuss kann die Entscheidung ohne Präsenzsitzung in einer Video- oder Telefonkonferenz treffen. Die Gründe nach Satz 1 und die Bestätigung der Einstimmigkeit der Beschlussfassung durch den Vorsitzenden sind schriftlich zu dokumentieren und der Niederschrift nach § 42 beizufügen. Die Entscheidung nach den Sätzen 2 und 3 ist nicht isoliert anfechtbar. Wird eine Sitzung mittels Videotechnik durchgeführt, so ist sie über die gesamte Sitzungsdauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, zu übertragen. Es ist sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung der Übertragung ist unzulässig.

(4) Hat der Zulassungsausschuss gemäß Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung, bei der die Patientenvertreterinnen und -vertreter oder die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde ein Mitberatungsrecht haben, mittels Videotechnik durchzuführen, so können diese ihr Mitberatungsrecht wahrnehmen, indem sie mittels Videotechnik an der Sitzung teilnehmen.“

4b. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Hat der Zulassungsausschuss gemäß § 36 Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, gilt für die im Rahmen dieser Sitzung durchgeführten mündlichen Verhandlungen § 36 Absatz 3 Satz 8 bis 10 entsprechend. Widerspricht ein am Verfahren beteiligter Zahnarzt der Durchführung der mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik, ist die mündliche Verhandlung unter persönlicher Anwesenheit der Mitglieder des Zulassungsausschusses und des widersprechenden Zahnarztes im Sitzungszimmer durchzuführen; auf die Form der Teilnahme anderer Beteiligter hat der Widerspruch keinen Einfluss. Wird eine mündliche Verhandlung mittels Videotechnik durchgeführt, so stellt der Zulassungsausschuss auf Verlangen eines an dem Verfahren beteiligten Zahnarztes geeignete Räumlichkeiten mit der erforderlichen technischen Ausstattung für seine Teilnahme an der Sitzung zur Verfügung.“

b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Hat der Zulassungsausschuss gemäß § 36 Absatz 3 Satz 2 entschieden, eine Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, sind die Beteiligten nach Satz 1 im Fall einer im Rahmen dieser Sitzung durchgeführten mündlichen Verhandlung in der Ladung oder im Fall einer späteren Entscheidung für diese Sitzungsform unverzüglich über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren. Die beteiligten Zahnärzte sind auch über ihr Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Satz 4 und die Möglichkeit der Teilnahme nach Absatz 1 Satz 5 zu informieren.“

c) Der folgende Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Zulassungsausschuss kann Beteiligten, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde auf Antrag oder von Amts wegen gestatten, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen vorzunehmen, auch wenn Gründe nach § 36 Absatz 3 Satz 1 nicht vorliegen. Er kann Zeugen oder Sachverständigen auf Antrag gestatten, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten, auch wenn Gründe nach § 36 Absatz 3 Satz 1 nicht vorliegen. § 36 Absatz 3 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend.“

4c. Nach § 41 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Abstimmungen in Sitzungen, die mittels Videotechnik durchgeführt werden, erfolgen durch mündliche Erklärung der einzelnen Mitglieder. Der Vorsitzende fasst das Abstimmungsergebnis zusammen.“

5. § 46 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe d wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe e wird angefügt:

„e) nach Beschluss des Ruhens einer Zulassung nach § 26 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 . . . . . 400 Euro.“

Artikel 14

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
2. § 5 Absatz 3 wird aufgehoben.

2a. In § 6 Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „bis 9“ durch die Angabe „bis 10“ ersetzt.

3. In § 8 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
4. In § 9 Absatz 1 Nummer 3 werden die Wörter „Nummer 1, 2, 4 und 5“ durch die Wörter „Nummer 1, 2 und 5“ ersetzt.
5. In § 11 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ jeweils die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
6. Dem § 15 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Sätze 1 bis 3 sind auch auf erstmalig vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 4 anzuwenden.“

Artikel 15

Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG)

§ 1

Gegenstand, Zwecke und Durchführung der Statistiken

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

(2) Die Statistiken erstrecken sich auf

1. Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung (§ 2),
2. Krankheitskosten (§ 3),
3. das Gesundheitspersonal (§ 4) sowie
4. ein regionales Gesundheitspersonalmonitoring (§ 5).

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

(4) Die Statistiken werden zentral vom Statistischen Bundesamt durchgeführt.

§ 2

Gesundheitsausgabenstatistik

(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 erfasst folgende Sachverhalte:

1. Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie
2. Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Finanzierungsarten und Finanziers.

(2) Die Gesundheitsausgabenstatistik wird auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Zusätzlich erfolgt die Erhebung der zur Erstellung der Statistik erforderlichen Angaben zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten bei folgenden Institutionen, soweit sie aufgrund ihrer zweckmäßigen Bestimmung über flächendeckende Daten zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten verfügen:

1. Bundesagentur für Arbeit,
2. Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost,
3. Bundeseisenbahnvermögen,
4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
5. Bundesministerium der Finanzen,
6. Bundesministerium für Gesundheit,
7. Verbände und Körperschaften der Selbstverwaltung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und deren wissenschaftlichen Institute,
8. berufsständische Vereinigungen und Kammern im Gesundheitswesen,
9. Krankenkassen und private Krankenversicherer sowie deren Verbände und wissenschaftliche Institute sowie
10. weitere Sozialversicherungsträger.

(3) Die Erhebung der Angaben erfolgt in der für die Erstellung der Statistik erforderlichen Periodizität, höchstens jedoch jährlich.

§ 3

Krankheitskostenstatistik

(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 erfasst die Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht der erkrankten Person, Diagnosen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

(2) Die Krankheitskostenstatistik wird auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Zusätzlich erfolgt die Erhebung der zur Erstellung der Statistik erforderlichen Angaben zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten bei folgenden Institutionen, soweit sie aufgrund ihrer zweckmäßigen Bestimmung über flächendeckende Daten zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten verfügen:

1. Robert Koch-Institut,

2. Verbände und Körperschaften der Selbstverwaltung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und deren wissenschaftlichen Institute,
3. berufsständische Vereinigungen und Kammern im Gesundheitswesen,
4. Krankenkassen und private Krankenversicherer sowie deren Verbände und wissenschaftliche Institute sowie
5. weitere Sozialversicherungsträger.

(3) Die Erhebung der Angaben erfolgt in der für die Erstellung der Statistik erforderlichen Periodizität, höchstens jedoch jährlich.

§ 4

Gesundheitspersonalstatistik

(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 3 erfasst folgende Sachverhalte:

1. das Personal als Beschäftigungsverhältnisse nach Einrichtungen, ausgeübtem Beruf, Geschlecht, Alter und Beschäftigungsart sowie
2. das Personal als Vollzeitäquivalente nach Einrichtungen, ausgeübtem Beruf, Geschlecht und Alter.

(2) Die Gesundheitspersonalstatistik wird auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Zusätzlich erfolgt die Erhebung der zur Erstellung der Statistik erforderlichen Angaben zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten bei folgenden Institutionen, soweit sie aufgrund ihrer zweckmäßigen Bestimmung über flächendeckende Daten zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten verfügen:

1. Bundesagentur für Arbeit,
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
3. Bundesministerium für Gesundheit,
4. Verbände und Körperschaften der Selbstverwaltung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und deren wissenschaftlichen Institute,
5. berufsständische Vereinigungen und Kammern im Gesundheitswesen sowie
6. Krankenkassen und private Krankenversicherer sowie deren Verbände und wissenschaftliche Institute sowie
7. weitere Sozialversicherungsträger.

(3) Die Erhebung der Angaben erfolgt in der für die Erstellung der Statistik erforderlichen Periodizität, höchstens jedoch jährlich.

§ 5

Regionales Gesundheitspersonalmonitoring

(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 erfasst folgende Sachverhalte:

1. das Personal als Beschäftigungsverhältnisse pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufs- oder Hochschulabschluss, ausgeübtem Beruf, Tätigkeits- oder Funktionsbereich, Geschlecht, Geburtsjahr und Beschäftigungsart,
2. das Personal als Vollzeitäquivalente pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, nach Einrichtungsart, Berufs- oder Hochschulabschluss, Tätigkeitsbereich, Arbeitsanteil für die Pflegeeinrichtung sowie Geschlecht und Geburtsjahr.

Darüber hinaus dürfen folgende Sachverhalte erfasst werden:

1. das Personal zum Erhebungsstichtag in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst pro Kreis oder kreisfreier Stadt nach Arbeitsstunden, Beschäftigungsart, ausgeübtem Beruf, Funktionsbereich, Geschlecht und Geburtsjahr,
2. Anzahl der Pflegebedürftigen pro Kreis oder kreisfreier Stadt nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Sitz und Art der Einrichtung, Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
3. Anzahl der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Kreis oder kreisfreier Stadt des Behandlungsortes, Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie nach Geschlecht, Geburtsjahr, Hauptdiagnose und Verweildauer.

(2) Das regionale Gesundheitspersonalmonitoring wird auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Zusätzlich erfolgt die Erhebung der zur Erstellung der Statistik erforderlichen Angaben zu den in Absatz 1 genannten Sachverhalten bei der Bundesagentur für Arbeit, bei den Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und bei den Landesministerien.

(3) Die Erhebung der Angaben erfolgt in der für die Erstellung der Statistik erforderlichen Periodizität, höchstens jedoch jährlich.

§ 6

Hilfsmerkmale

Hilfsmerkmale sind:

1. Name und Anschrift der Auskunftspflichtigen sowie
2. Name und Kontaktdaten der Personen, die für Rückfragen zur Verfügung stehen.

§ 7

Auskunftspflicht

(1) Für die Erhebungen besteht Auskunftspflicht.

(2) Auskunftspflichtig sind die Leiter der in § 2 Absatz 2, § 3 Absatz 2, § 4 Absatz 2 sowie § 5 Absatz 2 Satz 2 genannten Institutionen.

(3) Die Auskunftserteilung zu den Angaben nach § 6 Nummer 2 ist freiwillig.

§ 8

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Durchführung der Statistiken nach den §§ 2 bis 5 zu regeln, insbesondere zu

1. den Erhebungsmerkmalen,

2. dem Berichtszeitraum,
3. der Periodizität sowie
4. dem Kreis der zu Befragenden.

§ 9

Übermittlungsregelung

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

(2) Das Statistische Bundesamt übermittelt den Statistischen Ämtern der Länder auf Anfrage die Einzeldatensätze für ihr Land, soweit dies für die Durchführung von Sonderaufbereitungen erforderlich ist.

Artikel 15a

Änderung der Datentransparenzverordnung

In § 3 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe pp der Datentransparenzverordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1371) werden nach dem Wort „Rahmen“ die Wörter „von Modellvorhaben nach § 64e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“ eingefügt.

Artikel 15b

Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

§ 1

Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Die hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung von Pflegekräften aus Staaten, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Drittstaaten) sind, kann von den anwerbenden Leistungserbringern und Unternehmen der privaten Personalvermittlung freiwillig durch ein Gütesiegel des Bundesministeriums für Gesundheit kenntlich gemacht werden. Das Gütesiegel bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung von Anforderungen an

1. Vereinbarungen, die zum Zweck der Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten zwischen dem anwerbenden Leistungserbringer oder, sofern von ihm beauftragt, dem Unternehmen der privaten Personalvermittlung und Pflegekräften geschlossen werden sowie
2. Verfahrensweisen zur Gewinnung und Integration von Pflegekräften aus Drittstaaten mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen.

§ 2

Herausgabe

(1) Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gibt das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V., Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg, VR 34346 B, (Herausgeber) das Gütesiegel nach § 1 heraus. Die Herausgabe nach Satz 1 umfasst insbesondere

1. die Festlegung der Einzelheiten zu den Anforderungen nach § 1 Satz 2,
2. Vorgaben für die Erteilungsstelle nach § 3
   a) für die zur Nutzung des Gütesiegels zu schließenden Nutzungsvereinbarungen,
   b) zu der erstmaligen Kontrolle und den nachfolgenden periodischen Kontrollen der Einhaltung der Anforderungen nach § 1 Satz 2 und der nach Nummer 1 festgelegten Einzelheiten sowie
   c) zur Höhe der Kosten für die Prüfung des Erfüllens der Anforderungen nach § 1 Satz 2 und für die Nutzung des Gütesiegels,
3. Vorgaben für die Erteilungsstelle nach § 3 für die technisch-operative Umsetzung der in den Nummern 1 und 2 genannten Festlegungen und Vorgaben und
4. die Weiterentwicklung der in den Nummern 1 bis 3 genannten Festlegungen und Vorgaben.

Für die Festlegung der Einzelheiten zu den Anforderungen nach Satz 2 Nummer 1 sind insbesondere die Maßnahmen zur betrieblichen und sozialen Integration, zur Sprachförderung und zur Begleitung bei der Einarbeitung maßgeblich.

(2) Der Herausgeber hat dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie dem Deutschen Gewerkschaftsbund vor der Einholung der Zustimmung nach Absatz 3 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Festlegungen und Vorgaben sowie die Weiterentwicklung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Zustimmung wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz erteilt.

(4) Die für eine Nutzung des Gütesiegels von den Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Personalvermittlung zu erfüllenden Anforderungen, die Festlegungen und Vorgaben nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 sowie die Ergebnisse der Weiterentwicklung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 werden auf der Internetseite des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. veröffentlicht.

§ 3

Erteilung von Nutzungsberechtigungen für das Gütesiegel

(1) Der Herausgeber kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit eine oder mehrere sachkundige, unabhängige und zuverlässige Personen des Privatrechts als Erteilungsstelle bestimmen.

(2) Die Erteilungsstelle erlaubt die Nutzung des Gütesiegels für die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten nach § 1 anwerbenden Leistungserbringern nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach dem Siebten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Unternehmen der privaten Personalvermittlung, wenn sie nachweislich die Anforderungen nach § 1 Satz 2 und die nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 festgelegten Einzelheiten erfüllen und eine Nutzungsvereinbarung mit der Erteilungsstelle geschlossen wurde.

Artikel 15c

Änderung der Schiedsstellenverordnung

Die Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
   a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

      „Die Vertragsparteien nach § 131 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benennen jeweils sechs Vertreter und deren Stellvertreter."

   b) Im bisherigen Satz 3 werden die Wörter „Sätzen 1 und 2" durch die Wörter „Sätzen 1 bis 3" ersetzt.
2. § 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 129 Absatz 2, § 300 Absatz 3 oder § 130b Absatz 1" durch die Wörter „§ 129 Absatz 2, § 130b Absatz 1, § 131 Absatz 3 Satz 1 oder § 300 Absatz 3" ersetzt.
   b) In Absatz 3 Satz 1 wird nach den Wörtern „§ 130b Absatz 9 Satz 6" ein Komma und werden die Wörter „§ 131 Absatz 3 Satz 4" eingefügt.
3. § 8 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
   b) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

      „3. nach § 131 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sechs weitere Mitglieder."

Artikel 15d

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 19a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 9c gestrichen.
2. In § 4 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Liegt" durch die Wörter „Hat die Auskunft aus dem Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende nach § 2a Absatz 4 ergeben, dass der mögliche Organ- und Gewebespender keine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgegeben hat, und liegt" ersetzt.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

         „2. Ärzte und Transplantationsbeauftragte, die über den möglichen Organ- oder Gewebespender eine Auskunft aus dem Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende nach § 2a Absatz 4 oder Absatz 5 erhalten haben,".

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

         „Die Auskunft nach Satz 1 Nummer 2 ist abweichend von Satz 2 in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, zu erteilen."

   b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

      „Die Auskunft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 darf abweichend von Satz 3 in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, von Ärzten, die den möglichen Organ- oder Gewebespender behandeln, eingeholt werden."
4. Dem § 9a Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

   „Verfügt ein Entnahmekrankenhaus nicht über Ärzte, die für die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einem Patienten qualifiziert sind, und ist es auch anderweitig nicht in der Lage, seine Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 1 zu erfüllen, vermittelt die Koordinierungsstelle nach § 11 auf Anfrage des Entnahmekrankenhauses hierfür qualifizierte Ärzte. Die Koordinierungsstelle organisiert einen neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst (Rufbereitschaftsdienst), der sicherstellt, dass auf Anfrage eines Entnahmekrankenhauses regional und flächendeckend jederzeit Ärzte, die für die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms qualifiziert sind, zur Verfügung stehen. Krankenhäuser mit neurochirurgischen oder neurologischen Fachabteilungen sowie neurochirurgische oder neurologische Medizinische Versorgungszentren und neurochirurgische oder neurologische Praxen beteiligen sich auf Anfrage der Koordinierungsstelle an dem Rufbereitschaftsdienst. Die Krankenhäuser, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen haben einen Anspruch auf einen angemessenen Ausgleich der Kosten, die ihnen dadurch entstehen, dass sie Ärzte für den Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung stellen. Die sich beteiligenden Ärzte haben Anspruch auf eine angemessene Vergütung einschließlich einer Einsatzpauschale."
5. § 9c wird aufgehoben.

6. § 11 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich der Einzelheiten zu Aufgaben und Organisation des Rufbereitschaftsdienstes nach § 9a Absatz 2 Satz 3“ eingefügt.
   b) Nummer 4 wird wie folgt geändert:
      aa) In Buchstabe a wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
      bb) In Buchstabe b wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
      cc) Die folgenden Buchstaben c und d werden angefügt:
         „c) des angemessenen Ausgleichs der Kosten nach § 9a Absatz 2 Satz 5 und
         d) der angemessenen Vergütung einschließlich einer Einsatzpauschale nach § 9a Absatz 2 Satz 6.“
7. § 14 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 2 Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 4a Satz 1 Auskunft aus dem Organ- und Gewebespenderegister“ durch die Wörter „§ 2a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5 Satz 1 Auskunft aus dem Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende“ und werden die Wörter „§ 2 Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „§ 2a Absatz 4 Satz 4“ ersetzt.
   b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 2 Absatz 4 oder Absatz 4a“ durch die Wörter „§ 2a Absatz 4 oder Absatz 5“ ersetzt.
8. In § 19 Absatz 3 Nummer 1 wird die Angabe „§ 2 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 2a Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 15e
Änderung des DRK-Gesetzes

Dem § 2 Absatz 4 des DRK-Gesetzes vom 5. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2346), das zuletzt durch Artikel 11a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die Gestellung gilt nicht als Arbeitnehmerüberlassung im Sinne des § 40 Absatz 1 Nummer 2 des Aufenthaltsgesetzes.“

Artikel 16
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 13 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(1a) Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 11a Buchstabe a tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2021 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 1. April 2021 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nummer 55 tritt am 1. August 2021 in Kraft.

(6) Artikel 5 Nummer 5 tritt mit Wirkung vom 18. November 2020 in Kraft.

(7) Artikel 15 tritt am 1. Oktober 2021 in Kraft.

(8) Artikel 3 Nummer 2 und 3 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

(9) Artikel 15d Nummer 2, 3, 7 und 8 tritt am 1. März 2022 in Kraft.

(10) Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe a, Nummer 22, 24, 37 und Artikel 2a treten am 1. September 2022 in Kraft.

(11) Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe b und d, Nummer 26 Buchstabe c und Nummer 27 tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

(12) Artikel 2 Nummer 0 Buchstabe b und c, Nummer 5, 7, 8, 12 Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa und bb, Nummer 14, 17, 18, 19, 28 und 39 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

(13) Artikel 2 Nummer 11 tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 11. Juli 2021

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn

Der Bundesminister der Finanzen
Olaf Scholz

Der Bundesminister
für Arbeit und Soziales
Hubertus Heil

Die Bundesministerin
für Ernährung und Landwirtschaft
Julia Klöckner

Die Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Christine Lambrecht