

jeweiligen Beschäftigungsbetriebs (Nummer 8) differenziert werden könnten. Mit Hilfe der versichertenbezogenen Daten zu den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen (Nummer 4) kann überprüft werden, ob die zusätzliche Berücksichtigung der krankengeldspezifischen Morbidität die Ausgestaltung zielgenauerer Modelle zum Krankengeld ermöglicht. Von der Regelung sind auch die Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen erfasst, die auf im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a von Krankenhäusern ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anzugeben sind, da hierfür nach § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Durch die versichertenbezogenen Leistungsausgaben für das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 sowie die Bezugstage (Nummern 5 und 6) lassen sich die Modelle nach normalem Krankengeld und dem sogenannten Kinderpflegekrankengeld differenzieren. Mit den Daten zu den Tätigkeitsschlüsseln (Nummer 7) bzw. den betriebsbezogenen Merkmalen (Nummer 8) kann überprüft werden, ob eine Differenzierung der Modelle nach Branche oder Tätigkeit der Versicherten zu einer zielgenaueren Zuweisung führt.

Zu Absatz 3c

Es wird geregelt, dass von den Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 als Vollerhebung versichertenbezogen das Grenzgängerkennzeichen (Kennzeichnung von Versicherten, die in Deutschland arbeiten und krankenversichert sind, aber im Ausland wohnen) und das Länderkennzeichen (Kennzeichnung des Wohnstaats der Versicherten) erhoben werden. Diese Daten sind entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig, um die Zuweisungen länderspezifisch differenzieren sowie die Finanzwirkung der Leistungsanspruchnahme durch Grenzgänger analysieren und in den ausgewählten Modellen zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte berücksichtigen zu können. In Satz 3 werden zudem Datenlieferungen der DVKA an das BVA vorgegeben. Bei diesen Daten handelt es sich nicht um versichertenbezogene Daten, sondern um aggregierte Abrechnungsbeträge und damit um anonymisierte Daten. Es wird geregelt, dass die DVKA die landesspezifischen Abrechnungsbeträge zu erheben und dem BVA zu übermitteln hat. Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum genauen Umfang der von der DVKA zu erhebenden und zu übermittelnden Daten bestimmt das BVA im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hier sind auch die Lieferfristen zu regeln. Zudem kann die Lieferung weiterer, für Zwecke des Folgegutachtens zu den Auslandsversicherten erforderlicher nicht personenbezogener Daten durch die DVKA an das BVA vereinbart werden. Diese können sich auf weitere Angaben, wie etwa die Anzahl der abgerechneten Fälle je Wohnstaat oder vergleichbare aggregierte Daten, erstrecken.

Zu Absatz 3d

Es wird bestimmt, dass die Daten nach den Absätzen 3b und 3c dem BVA erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu übermitteln sind. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Fragen des Datenumfanges bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Zudem wird für das BVA und die DVKA die Möglichkeit geschaffen, die ihnen vorliegenden, für die Gutachtenserstellung jeweils erforderlichen Daten an die Gutachter zu übermitteln, falls die ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme gemäß Absatz 3a aus technischen oder organisatorischen Gründen unzureichend ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Bearbeitung der gutachterlichen Fragestellungen einer besonderen räumlichen oder informationstechnischen Infrastruktur bedarf, die nicht ohne erheblichen Aufwand bereitgestellt werden kann. Die Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA liegen beim BVA bereits in pseudonymisierter Form vor. Gleiches wird für die nach Absatz 3b Satz 2 und Absatz 3c Satz 2 für die Erstellung der Folgegutachten zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten gelten. Bei der DVKA ist die Pseudonymisierung oder Anonymisierung der Daten vor Einsichtnahme bzw. Übermittlung an die Gutachter herzustellen, sofern es sich dabei um versichertenbezogene Daten handelt. Die Daten dürfen jeweils ausschließlich für die in den Absätzen 3b und 3c genannten Zwecke (Gutachtenserstellung) genutzt werden. Nach Übergabe der jeweiligen Gutachten an das BVA sind die an die Gutachter übermittelten Daten unverzüglich zu löschen. Diese Löschung ist gegenüber dem BVA oder der DVKA in Form eines Löschprotokolls nachzuweisen, aus dem Datum- und Zeitangabe der Löschung, das Löschverfahren sowie die Person, welche die Löschung vorgenommen hat, hervorgehen. Bei den in Absatz 3c Satz 3 genannten Daten (Datenlieferung der DVKA an das BVA) ist dies nicht erforderlich, da es sich hier nicht um versichertenbezogene, sondern um statistische – und somit anonymisierte – Daten handelt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 16f (§ 273 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Das BVA ist bei der Prüfung nach § 273 Absatz 3 auf die Kooperation der Krankenkassen angewiesen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung von Unterlagen, mit Hilfe derer die Schadenshöhe, die sich aus den in unzulässiger Weise gemeldeten Diagnosedaten ergibt, ermitteln lässt. Da sich bei bisherigen Prüfungen gezeigt hat, dass Krankenkassen sich teilweise einer Kooperation entziehen und die angeforderten Auskünfte und Nachweise nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an das BVA liefern, wird mit dieser Regelung klargestellt, dass die Krankenkassen zur Mitwirkung bei der Aufklärung verpflichtet sind. Für den Fall, dass sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann das BVA ein Zwangsgeld nach § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen. Bei der Festlegung der Frist, innerhalb derer die Krankenkassen die geforderten Auskünfte und Nachweise vorlegen müssen, hat das BVA einen Ermessensspielraum. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird durch die Neufassung des § 273 Absatz 3 Satz 3 gewahrt. Das BVA erhält die Möglichkeit, ein Zwangsgeld in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro zu verhängen. Für Klagen gegen die Festsetzung des Zwangsgelds gilt § 273 Absatz 5 Satz 2.

Zu Nummer 16g (§ 276 SGB V – Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung)

Im Rahmen der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kann es in bestimmten Situationen erforderlich werden, dass von einem MDK rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten an einen anderen MDK übermittelt werden müssen, um bei einem Wechsel der Zuständigkeit für einen Auftrag dessen Bearbeitung zu ermöglichen. Mit der Ergänzung des Satzes 1 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den MDK geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Übermittlung der Sozialdaten zwischen den MDK ist, dass diese für die Prüfungen, Beratungen und gutachtliche Stellungnahmen des MDK, an den die Sozialdaten übermittelt werden, im Rahmen seiner Zuständigkeit erforderlich sind.

Zu Nummer 16h (§ 279 SGB V – Patientenvertretung MDK)

§ 279 Absatz 4a Satz 8 regelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Kosten der Tätigkeit des bei dem MDK zu errichtenden Beirats zu tragen hat. Der Umfang und die Grenzen der Kostentragungspflicht sind nicht eindeutig geregelt. Es bestehen Unklarheiten in der Rechtsanwendung durch die MDK in den einzelnen Ländern. Mit der Übernahme der Regelungen des § 140f Absatz 5 zur Kostentragung für sachkundige Personen im Rahmen der Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten wird eine einheitliche Vorgabe für die Rechtsanwendung bezüglich der bei den MDK errichteten Beiräte geschaffen und eine Gleichstellung mit den Regelungen für die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten vorgenommen. Um die Gefahr einer unterschiedlichen Rechtsauslegung in den Satzungen der MDK in den einzelnen Ländern zum Nachteil der Beteiligungsrechte der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Beiräten der MDK zu vermeiden, ist die Neuregelung erforderlich. Der Anspruch der Vertreter der Beiräte richtet sich gegen den Medizinischen Dienst, bei dem der Beirat nach Satz 1 errichtet ist.

Zu Nummer 18a (§ 295 SGB V – Uhrzeitangaben zu vertragsärztlichen Leistungen in EBM/BEMA-Abrechnungen)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen, soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ambulanter Leistungen erforderlich ist, auch die Uhrzeit der Leistungserbringung zu übermitteln. Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen können als Abrechnungsbegründung bei der Abrechnung von Notfallleistungen, von mehr als einem Besuch oder einer Visite an demselben Tag sowie von mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden, erforderlich sein. In der zahnärztlichen Versorgung ist die Uhrzeit ebenfalls Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen bzw. Zuschläge. Insgesamt handelt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

es sich aber nur um sehr wenige Gebührenordnungspositionen, bei deren Abrechnung die Angabe der Uhrzeit für die genannten Aufgaben relevant sein kann.

In welchen Fällen die Angabe der Uhrzeit erforderlich ist, ergibt sich aus dem Inhalt der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen, die durch den jeweiligen Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sowie im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen durch Beschlussfassung bestimmt werden. Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse sind zusammen mit den entscheidungserheblichen Gründen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG kann die Beschlüsse im Rahmen der Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2).

Zu Buchstabe b

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhobenen Daten sind an die Krankenkassen weiterzugeben, sofern die Krankenkassen diese für die Durchführung ihres Prüfauftrages nach § 106d Absatz 3 benötigen. Die Bewertung der Leistungen, bei denen die Uhrzeit anzugeben ist, unterscheidet sich nicht aufgrund von unterschiedlichen Leistungsinhalten, sondern aufgrund der Uhrzeit der Leistungserbringung. Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, die Abrechnung zu prüfen, da die von ihnen zu zahlenden Anteile am zu vergütenden Behandlungsbedarf sich jeweils nach den für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen richten. Für eine mit falscher Uhrzeitangabe abgerechnete Leistung besteht auch keine Leistungspflicht der Krankenkasse im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das die Rolle der Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung deutlich gestärkt hat. Die Weitergabe der Uhrzeit ist zudem erforderlich, um die Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen durchführen zu können (Feststellung von Auffälligkeiten z. B. durch eine außergewöhnliche Häufung der Abrechnung von uhrzeitabhängigen Leistungen).

Zu Nummer 18b (§ 299 SGB V – Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung)

Soweit Kassenärztliche Vereinigungen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 mit der Wahrnehmung der Aufgabe einer Datenannahmestelle für Daten der Qualitätssicherung beauftragt werden, wird ihnen durch die Neuregelung die Einsichtnahme in diese Daten ermöglicht.

Zu den Aufgaben einer Datenannahmestelle gehört die Prüfung der übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die Unterstützung der datenübermittelnden Ärztinnen und Ärzte bei möglichen Fehlermeldungen. Die Einsichtnahme in die übermittelten Daten ist Voraussetzung für eine solche ordnungsgemäße Datenprüfung vor der Weiterleitung der Daten an die Vertrauensstelle. Zur Umsetzung von datengestützten Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung könnte der Gemeinsame Bundesausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig auch die Durchführung von Einrichtungsbefragungen übertragen. In Betracht kommt insbesondere die Einrichtung von Webportalen für Einrichtungsbefragungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen z. B. für das Anfang 2017 startende sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. Nach den bisherigen Erfahrungen im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich gezeigt, dass erforderliche Software-Programme für Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich durch Softwarehersteller gar nicht oder zumindest nicht flächendeckend angeboten werden. Damit in solchen Fällen überhaupt durch Kassenärztliche Vereinigungen ein Angebot zur Dateneingabe gemacht werden kann, wird die Ausnahme vom Verbot der Einsichtnahme in Qualitätssicherungsdaten deshalb auch auf die Durchführung von Einrichtungsbefragungen erstreckt, die den Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtlinien zur Qualitätssicherung übertragen werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird vorgegeben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen insbesondere in ihrer Funktion als Datenannahmestelle übermittelten Daten nur für Zwecke der Qualitätssicherung, d. h. nur für die in den Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Dies bedeutet, dass sie diese Daten auch nicht mit anderen Daten, wie z. B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Abrechnungsdaten zusammenführen dürfen. Für die Wahrnehmung der Aufgaben zur Qualitätssicherung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennte Einheiten vorsehen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 20 (§ 302 SGB V – Transparenz über geleistete Aufzahlungen)

Zu Buchstabe a

Der Text entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Um Transparenz über die geleisteten Aufzahlungen zu erhalten und sicherzustellen, dass die von den Krankenkassen nach Absatz 1 erhobenen Informationen über die von den Versicherten geleisteten Aufzahlungen über die Zwecke des Vertragscontrolling hinaus auch für die Gewährleistung des Sachleistungsprinzips und die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung zur Verfügung stehen, erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag, regelmäßig über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen zu berichten. Im Bericht enthalten sein sollen insbesondere nach Produktgruppen differenzierte quantitative Daten, wie die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen. Gegenstand des Berichts können aber auch qualitative, bspw. im Rahmen von Patientenbefragungen erhobene Daten über die Gründe sein, die Versicherte zum Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen bewogen haben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, gegenüber seinen Mitglieds-kassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen. Er hat sich dabei an den Inhalten der Abrechnungsdaten gemäß § 302 zu orientieren, darüber hinaus kann er auch Daten hinzuziehen, die auf Grundlage seiner Empfehlungen nach § 127 Absatz 5b von den Krankenkassen erhoben wurden. Der Bericht enthält weder versichertenbezogene noch einrichtungsbezogene Daten und auch bei den von den Krankenkassen zu übermittelnden statistischen Informationen handelt es sich um anonymisierte Daten, d. h. um Daten ohne Personenbezug, sowie ohne Einrichtungsbezug.

Zu Nummer 20a (§ 303 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Die vorbehaltlose und umfassende Möglichkeit zur Korrektur und Ergänzung der für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen von den Leistungserbringern – einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – übermittelten Diagnosedaten, sind entsprechend der gesetzlichen Intention restriktiv zu handhaben, um missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel auszuschließen. Dies stellt die Regelung klar. Die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, trifft einzig den Leistungserbringer. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt (§ 295 Absatz 1). Die vom Leistungserbringer an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung der Leistungen übermittelten Diagnoseschlüssel sind daher von der Kassenärztlichen Vereinigung unverändert an die Krankenkasse zu übermitteln. Lediglich in berechtigten Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern sehen die gegenwärtigen Regelungen im Bundesmantelvertrag zum Datenträgeraustausch Korrekturmöglichkeiten vor. Insbesondere wird klargestellt, dass nachträgliche Erhebungen von Diagnosedaten auch im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106d unzulässig sind. Eine Korrektur von fehlerhaft oder unvollständig übermittelten administrativen Daten der Leistungserbringer (z. B. Institutionskennzeichen oder Arztnummer) und der Versicherten (Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1) bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 22 (§ 305a SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkassen nur in den gesetzlich geregelten Fällen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beraten dürfen. Deshalb stellt die Regelung klar, dass es im Rahmen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Ärztinnen und die Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Unzulässig ist auch eine beratende Beeinflussung des Kodierverhaltens über den Einsatz von Praxissoftware. Einzelfälle, in denen sogenannte Kodierberatungen durchgeführt worden sind, sind den Aufsichtsbehörden bekannt und aufsichtsrechtlich aufgegriffen worden, um sicherzustellen, dass keine nachträgliche Bearbeitung der Datengrundlage erfolgt (hierzu wird auch auf die Klarstellung in § 303 Absatz 4 verwiesen). Im gesetzlichen Rahmen weiterhin zulässig sind Beratungen der Ärztinnen und Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit der von

ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen nach Satz 1 (vgl. auch § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sowie Satz 5).

Zu Artikel 1a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (SGB IV – Inhaltsübersicht)

Anpassung der Inhaltsübersicht an die Einfügung des § 118.

Zu Nummer 2 (§ 23c SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Die Notarztversorgung in Deutschland erfolgt weit überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte, die diese zusätzlich zu einer Tätigkeit übernehmen. Angesichts einer steigenden Anzahl von Notarzteinsätzen nimmt der Bedarf an geeigneten Notärztinnen und Notärzten im Rettungsdienst zu. Gerade in ländlichen Regionen steht die Notarztversorgung deshalb vor besonderen Herausforderungen. Die notwendige Versorgung kann ohne Ärztinnen und Ärzte, die zusätzlich zu einer Tätigkeit notärztliche Dienste im Rettungsdienst übernehmen, vor Ort nicht anderweitig sichergestellt werden.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung ist im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten in Akutsituationen notwendig. Mit der Neuregelung wird dieses zusätzliche Engagement von Ärztinnen und Ärzten erleichtert.

Die Regelung beschränkt sich auf Ärztinnen und Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst zusätzlich zu einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben. Ferner gilt sie für zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die eine Privatpraxis betreiben, in Bezug auf ihre zusätzliche notärztliche Tätigkeit.

Satz 2 bestimmt, dass für die in Satz 1 näher bezeichneten beitragsfreien Tätigkeiten keine Meldepflichten nach diesem Gesetzbuch bestehen.

Zu Nummer 3 (§ 118 SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Folgeänderung zu § 23c Absatz 2.

§ 23c Absatz 2 soll keine Wirkung auf bereits bestehende Vertragsverhältnisse entfalten. Daher bleibt es für Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt, die bereits vor dem Inkrafttreten der Neuregelung des § 23c Absatz 2 vertraglich vereinbart worden sind, in Bezug auf die Beitragspflicht zur Sozialversicherung bei dem am Tag vor Inkrafttreten des § 23c Absatz 2 geltenden Recht.

Zu Artikel 1b (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 2 SGB VII – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit der Änderung des § 23c des Vierten Buches. Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz für Personen, die eine Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt zusätzlich zu einer weiteren Tätigkeit ausüben, wird in einem Versicherungstatbestand zusammengefasst. Durch diese einheitliche Regelung wird der Versicherungsschutz für diese Personen sichergestellt.

Der Unfallversicherungsschutz von sonstigen notärztlichen Tätigkeiten bestimmt sich nach den allgemeinen Regeln.

Zuständigkeit und Beitragserhebung richten sich nach den allgemeinen Vorschriften. Zuständig ist der Unfallversicherungsträger des jeweiligen Unternehmens, für das die Notärztin oder der Notarzt tätig wird. Diese Unternehmen sind nach § 150 Absatz 1 Satz 1 auch für alle nach der neuen Vorschrift Versicherten beitragspflichtig.

Zu Nummer 2 (§ 135 SGB VII – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1. Bei dem neu geschaffenen § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe d handelt es sich um eine Spezialvorschrift, die den Versicherungsschutz für Personen zusammenfasst, die eine Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt zusätzlich zu einer weiteren Tätigkeit ausüben. Diese Versicherung ist vorrangig gegenüber der Versicherung nach den allgemeinen Regelungen des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 9.

Zu Artikel 1c (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Artikel 1d (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung in § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angepasste Verweisungsregelung.

Zu Artikel 1e (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

In dieser Norm werden nähere Vorgaben zu den vom BVA gemäß § 269 Absatz 3a SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht.

In Absatz 1 wird vorgegeben, dass das BVA die Gutachten an Personen oder Personengruppen zu vergeben hat, die über einschlägige Kenntnisse in Bezug auf die Versichertenklassifikation verfügen. Um eine möglichst breite Expertise sicherzustellen, kann das BVA die Gutachten dabei jeweils auch an mehrere – kooperierende – Gutachter vergeben.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten näher bestimmt: Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde mit dem GKV-FQWG ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um bei den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Nachdem die Erstgutachten zu diesen beiden Themen vorliegen, steht in den Folgegutachten nunmehr insbesondere die Überprüfung der in den Erstgutachten aufgeführten Modelle sowie deren Weiterentwicklung auf der Grundlage von Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen im Fokus. Dabei sind die weiteren gesetzlichen Vorgaben gemäß § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 SGB V zu beachten (Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten, Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion, Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen). Neben den Ergebnissen der nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgelegten Gutachten sind von den Gutachtern dabei jeweils auch weitere aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum jeweiligen Themenfeld zu berücksichtigen. Die Modelle sind zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, d.h. die Modelle sollen im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können.

In den Absätzen 3 und 4 wird jeweils dargelegt, welche inhaltlichen Anforderungen die ausgewählten Modelle erfüllen müssen.

Absatz 3 bestimmt, dass im Folgegutachten für Krankengeld insbesondere Modelle geprüft und weiterentwickelt werden sollen, die die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten (Mengenkomponente) und versichertenindividueller Krankengeldzahlbeträge (Preiskomponente) ermitteln. Die Morbidität ist bei der Standardisierung zu berücksichtigen, wobei das Gutachten überprüfen soll, wie diese Morbidität am besten abgebildet werden kann (z.B. auch unter Hinzuziehung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen). Zusätzlich ist zu überprüfen, ob und welche der Daten zur Umschreibung der weiteren Bestimmungsfaktoren, die entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse zusätzlich beeinflussen könnten (wie Tätigkeitsschlüssel und der Branchenschlüssel) in die Modelle einzubeziehen sind. Zur Lösung des ggf. fortbestehenden Problems kleiner Krankenkassen, bei denen eine erhebliche Unterdeckung einzelner Versicherter relevanten Einfluss auf die Deckungsquote der Krankenkasse hat, soll ein ergänzender Ausgleich der Ist-Ausgaben – in Anlehnung an die geltende Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 3 – geprüft werden. Hier wäre auch ein Ausgleich eines geringeren oder höheren Anteils der Aufwendungen denkbar oder aber die Installation eines spezifischen Hochrisikopools für Krankengeldfälle. Soweit weitere wissenschaftlich belastbare Erkenntnisse zur Modellentwicklung vorliegen, sollen diese in die Prüfung mit einbezogen werden. Die Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 45 SGB V (Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes) sollen bei der Weiterentwicklung der Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Leistungsausgaben nach § 44 SGB V nicht berücksichtigt werden, da sie

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

in keinem Zusammenhang mit der Morbidität der Versicherten stehen. Dafür ist ein gesondertes Kinderkrankengeld-Zuweisungsmodell zu entwickeln: zu prüfen ist insbesondere ein Modell, das für jede Krankenkasse einen Ist-Ausgleich entsprechend ihrer Aufwendungen für Kinderkrankengeld vorsieht. Im Gutachten ist zu skizzieren, ob und wie ein solcher Ist-Kosten-Ausgleich oder eine mögliche Alternative organisiert und umgesetzt werden sollte.

Absatz 4 gibt die Anforderungen für das Folgegutachten für den Bereich der Auslandsversicherten vor. Das Gutachten nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V stellt fest, dass sich die Ausgabenniveaus der Krankenkassen für die Leistungsanspruchnahme von Auslandsversicherten (Sachleistungsaushilfe) erheblich zwischen den verschiedenen Ländern unterscheiden. Daher sollen Ansätze geprüft werden, nach denen die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch zu differenzieren sind. Die konkrete Beschreibung der hierzu nötigen Daten und das Nähere zu deren Übermittlung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V bzw. in der gesonderten Bestimmung nach § 269 Absatz 3c Satz 4 SGB V im Einvernehmen mit dem BVA umzusetzen. Zur Lösung des ggf. fortbestehenden Problems einer Gesamtüberdeckung bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also einer Überdeckung der Gesamtausgaben für Auslandsversicherte durch die Gesamtzuweisungen für diese Gruppe, soll die Umsetzung einer ergänzenden Kappungsregelung – in Anlehnung an die geltende Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 – geprüft werden. Dazu sollte die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von den Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden. In diesem Zusammenhang ist auch eine symmetrische Ausgestaltung der Regelung zum Ausgleich einer möglichen GKV-weit auftretenden Unterdeckung zu prüfen, nach der, sollten die Gesamtzuweisungen für Auslandsversicherte unterhalb der Gesamtausgaben für diese Personengruppe liegen, die Gesamtzuweisungen auf das Niveau der Gesamtausgaben anzuheben sind. Außerdem soll überprüft werden, ob aus Gründen der Verwaltungseffizienz auch ein Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für Auslandsversicherte möglich und geeignet wäre.

Absatz 5 gibt vor, dass die Gutachten nach Absatz 3 und 4 jeweils bis zum 31. Dezember 2019 abgeschlossen sein sollen. Die Frist berücksichtigt mögliche notwendige IT-technische Anpassungsbedarfe, die sich für die Krankenkassen oder die DVKA aus der Bereitstellung der Daten ergeben können.

Zu Artikel 1f (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

Zu § 19 – 18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis

Nach Einführung des Europäischen Berufsausweises für „Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege“ im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22) durch die ab dem 18. Januar 2016 geltende Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 der Kommission vom 24. Juni 2015 betreffend das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises und die Anwendung des Vorwarnmechanismus gemäß der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 159 vom 25.6.2015, S. 27) ist die Meldefrist für die Erbringung von Dienstleistungen durch Inhaber eines Europäischen Berufsausweises entsprechend Artikel 4c Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie 2005/36/EG anzupassen. Danach darf der Aufnahmemitgliedstaat bei Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises für die vorübergehende und gelegentliche Erbringung von Dienstleistungen während der folgenden 18 Monate keine weitere Meldung verlangen.

Zu Artikel 1g (Änderung der Bundes-Apothekerordnung)

Zu § 11a – 18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis

Nach Einführung des Europäischen Berufsausweises für Apotheker durch die ab dem 18. Januar 2016 geltende Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 ist die Meldefrist für die Erbringung von Dienstleistungen durch Inhaber eines Europäischen Berufsausweises entsprechend Artikel 4c Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie 2005/36/EG anzupassen. Danach darf der Aufnahmemitgliedstaat bei Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises für die vorübergehende und gelegentliche Erbringung von Dienstleistungen während der folgenden 18 Monate keine weitere Meldung verlangen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 1h (Änderung des Notfallsanitätergesetzes)

Bei Erlass des Notfallsanitätergesetzes hatte sich der Gesetzgeber entgegen sonst üblicher Besitzstandsregelungen dazu veranlasst gesehen, die Personen, die eine Ausbildung nach dem Rettungsassistentengesetz abgeschlossen hatten, nicht ohne Weiteres als Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter neuen Rechts anzuerkennen. Vielmehr sollten sie, um die neue Erlaubnis zu erhalten, eine Anpassungsmaßnahme in Form einer Nachqualifizierung durchlaufen müssen. Derartige Vorgaben waren zum Schutz der Patientinnen und Patienten und im Interesse der neuen Qualität des Notfallsanitäterberufs von allen beteiligten Experten für erforderlich und angemessen gehalten worden.

Diese Einschätzung gilt auch fort. Im Vollzug des Gesetzes zeigen sich jedoch Schwierigkeiten hinsichtlich des Umfangs an Berufserfahrung im Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, die nach geltendem Recht zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Notfallsanitätergesetzes vorgelegen haben musste.

Hier soll es zukünftig möglich sein, dass auch nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes erworbene Berufserfahrung im Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten berücksichtigt wird, um je nach Umfang der dann erworbenen Berufserfahrung an einer Nachqualifizierung nach den Sätzen 1 oder 2 teilnehmen zu können. Dem tragen die vorgesehenen Streichungen Rechnung.

Daran, dass die Nachqualifizierungen spätestens sieben Jahre nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes abgeschlossen sein müssen, wird festgehalten.

Zu Artikel 1i (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes – Mutterschutz)**Zu Nummer 1 (§ 192)**

Mit der Ergänzung in § 192 Absatz 5 wird der Leistungsanspruch aus einer privaten Krankentagegeldversicherung für schwangere Versicherte und Wöchnerinnen ausgeweitet. Mit dem neuen Satz 2 erster Halbsatz wird ein Anspruch auf Krankentagegeld zur Kompensation eines Verdienstaufschlags während der gesetzlichen Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie am Entbindungstag unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten geschaffen. Der Anspruch besteht nur, soweit die Versicherte in den genannten Zeiträumen nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist und daher tatsächlich einen Verdienstaufschlag erleidet. Bei einem teilweisen Verdienstaufschlag besteht der Anspruch auf das vereinbarte Krankentagegeld anteilig.

Durch den zweiten Halbsatz in Satz 2 wird ein Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld ausgeschlossen, soweit den betroffenen Frauen im Zeitraum der gesetzlichen Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz ein anderweitiger Anspruch auf angemessenen Ersatz ihres Verdienstaufschlags durch Entgeltersatzleistungen zusteht. Damit werden insbesondere Arbeitnehmerinnen, die über eine private Krankentagegeldversicherung verfügen, denen jedoch aufgrund ihres Anspruchs auf das Mutterschaftsgeld nach § 13 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und auf den Arbeitgeberzuschuss nach § 14 MuSchG bereits eine weitgehende Kompensation ihres Verdienstaufschlags zusteht, vom Umfang des neu geschaffenen Leistungsanspruchs ausgeschlossen.

Mit der Änderung werden die Möglichkeiten für eine finanzielle Absicherung von privat krankenversicherten selbstständig erwerbstätigen Frauen denen der gesetzlich Versicherten angeglichen. Selbstständige, die im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, haben die Möglichkeit, Krankengeld als Wahlleistung durch die Krankenkasse abzusichern, und erhalten dann nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) während der gesetzlichen Schutzfristen nach dem MuSchG Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes. Privat krankenversicherte Selbstständige erhalten hingegen keinerlei Mutterschaftsgeld und haben bislang auch nicht die Möglichkeit, eine entsprechende Absicherung über das private Krankenversicherungsunternehmen zu erlangen.

Da vielen privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen die Kompensation eines Verdienstaufschlags von in der Regel 14 Wochen aus eigenen Mitteln nicht möglich ist, haben die Betroffenen oftmals keine Möglichkeit, den mit Schwangerschaft und Geburt verbundenen besonderen Belastungen durch eine Reduzierung oder Einstellung ihrer beruflichen Tätigkeit während der gesetzlichen Schutzfristen Rechnung zu tragen. Die Änderung in § 192 Absatz 5 ermöglicht privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen, während der letzten Wochen vor und der ersten Wochen nach der Entbindung unabhängig von finanziellen Erwägungen zu entscheiden, ihrer beruflichen Tätigkeit nicht oder nur eingeschränkt nachzugehen. Die Regelung dient damit

dem gesundheitlichen Schutz der betroffenen Frauen und ihrer Kinder, die nach Artikel 6 Absatz 4 des Grundgesetzes einen Anspruch auf besonderen Schutz haben.

Die Änderung trägt zudem zur Gleichbehandlung von Selbstständigen und Angestellten bei (vgl. Richtlinie 2010/41/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, und zur Aufhebung der Richtlinie 86/613/EWG des Rates). Arbeitnehmerinnen sind, unabhängig davon ob sie über eine private oder gesetzliche Krankenversicherung verfügen, während der gesetzlichen Schutzfristen nach dem MuSchG durch das Mutterschaftsgeld (§ 13 MuSchG) und den Arbeitgeberzuschuss (§ 14 MuSchG) finanziell abgesichert. Auf dieser Grundlage erhalten sie regelmäßig Zahlungen in Höhe eines Großteils ihres Arbeitseinkommens.

Das Elterngeld ist nach der Regelung in § 192 Absatz 5 Satz 2 gegenüber der Versicherungsleistung der privaten Krankenversicherung eine vorrangige Leistung und wird daher auf die Zahlung des Krankentagegeldes angerechnet.

Zu Nummer 2 (§ 197)

Durch die Ergänzung in § 197 Absatz 1 Satz 1 wird geregelt, dass auch für das neue Krankentagegeld eine besondere Wartezeit von maximal acht Monaten vereinbart werden kann. Durch die Ergänzung erhalten Versicherer die Möglichkeit, das Risiko auszuschließen, dass kurz vor der Entbindung stehende Frauen unmittelbar nach Abschluss einer Krankentagegeldversicherung das neue Krankentagegeld nach § 192 Absatz 5 Satz 2 in Anspruch nehmen. Damit wird ein Gleichlauf hinsichtlich der Leistungen in Zusammenhang mit Entbindungen erreicht, für die ebenfalls eine besondere Wartezeit von acht Monaten statt der allgemeinen Wartezeit von drei Monaten vertraglich vereinbart werden kann.

Zu Nummer 3 (§ 208)

Mit der Änderung in § 208 wird erreicht, dass die Regelung des § 192 Absatz 5 Satz 2 nicht abbedungen werden kann.

Zu Artikel 1j (Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – Mutterschutz)

Es handelt sich um Folgeänderungen, die aus den Änderungen durch Artikel 1j resultieren. Danach wird der Leistungsanspruch aus einer privaten Krankentagegeldversicherung für schwangere Versicherte und Wöchnerinnen ausgeweitet und ein Anspruch auf Krankentagegeld zur Kompensation des Verdienstausfalls während der gesetzlichen Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie am Entbindungstag unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten geschaffen.

Grundsätzlich hat dem Prinzip der risikogerechten Kalkulation folgend eine altersabhängige Kalkulation der Kopfschäden gemäß § 6 Absatz 1 zu erfolgen. Eine Ausnahme stellte bisher die Verteilung der Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten gemäß § 27 Absatz 4 in den Tarifen dar, die bis zum 21. Dezember 2012 eingeführt wurden. So durften die Versicherer für diese Tarife die Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten – die geschlechtsunabhängig zu verteilen sind – bereits auf einen größeren Altersbereich als denjenigen verteilen, in dem typischerweise Schwangerschaftskosten anfallen. Nunmehr wird mit den Neuregelungen in § 6 Absatz 4 sowie § 27 Absatz 4 Satz 5 für alle Tarife einheitlich festgelegt, dass die Kosten für Leistungen, die auf Grund des § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG in der Krankentagegeldversicherung erbracht werden, auf sämtliche im jeweiligen Tarif versicherten Personen zu verteilen sind, und zwar gleichmäßig.

Zu Artikel 1k (Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes – Mutterschutz)

Bei der vorgesehenen Änderung des § 4 Absatz 5 Satz 3 des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit handelt es sich um eine Folgeänderung, die aus der Neufassung des § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG folgt und privatversicherte Frauen gegenüber gesetzlich versicherten Frauen im Elterngeldbezug gleichstellt. Wie bei Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und Anspruch auf Mutterschaftsleistungen haben, gelten bei privatversicherten Frauen die Monate, in denen ihnen gemäß § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG die Zahlung von Krankentagegeld zusteht, als Basiselterngeldmonate.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 1 (§ 40 – Beitragsbemessung Selbständige)**

Die Änderung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2 (§ 46 – Beitragsbemessung Selbständige)

Mit der Änderung soll das bisherige Verfahren zur Beitragsbemessung für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder beibehalten werden. Die bisherige Beitragsbemessung enthält Besonderheiten, die sich bewährt haben und für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder nicht zu Nachteilen führen. Anders als die Neuregelung des neuen § 240 Absatz 4a SGB V, die ein möglichst verwaltungseffizientes und praktikables Beitragsbemessungssystem schaffen soll, würde eine vergleichbare Regelung für die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu einem deutlich verwaltungsaufwändigeren Verfahren führen.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Zu den Absätzen 1, 4 und 5

Die Absätze 1, 4 und 5 entsprechen den bisherigen Absätzen 1 bis 3 des Gesetzentwurfs; Absatz 4 und 5 haben dabei die Absatzbezeichnung getauscht, um die zeitliche Abfolge des Inkrafttretens richtig abzubilden.

Zu Absatz 2

Mit der gesetzlichen Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld durch das Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung geschlossen. Dies erfordert eine Anpassung des zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen bestehenden Meldeverfahrens. Für die Anpassung des Meldeverfahrens in den IT-Systemen benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb die gesetzliche Änderung erst zum 1. August 2017 in Kraft treten soll. Dies wird entsprechend nachvollzogen für die Folgeregelungen in § 24i SGB V sowie in § 20 SGB XI. Für die neue Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner wird den Krankenkassen ebenfalls eine entsprechende Anpassungszeit zur Vorbereitung der Umsetzung eingeräumt.

Zu Absatz 3

Um den Krankenkassen ausreichenden Vorlauf für die mit den Änderungen der §§ 231, 240, 243 SGB V, § 2 RSAV sowie §§ 40, 46 KVLG 1989 verbundene technische Umsetzung zu geben, sollen die Änderungen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten. Vorläufige Beitragsfestsetzungen würden somit für alle Betroffenen einheitlich erstmals für das Kalenderjahr 2018 erfolgen.

Berlin, den 15. Februar 2017

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin