

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>19(14)104.1</b> zur öAnh am 14.10.2019 - MDK- Reform 01.10.2019</p>
--

Zu Artikel 1 Nummer 2a, 2b, 7a (§ 13, 62, 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung  
„Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“)

1. In Artikel 1 wird nach der Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:  
  
„In § 13 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.“
2. In Artikel 1 wird nach der Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:  
  
„In § 62 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.“
3. In Artikel 1 wird nach der Nummer 7 folgende Nummer 7a eingefügt:  
  
„In § 116b Absatz 6 Satz 10 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Die Änderung ist lediglich eine redaktionelle Folgeänderung, durch die der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 2

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung, mit der der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 3

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung, mit der der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

## Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 2a<sub>1</sub>, 8, 8a, 29a (§§ 32, 124, 125, 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Heilmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a<sub>1</sub> eingefügt:

2a<sub>1</sub>. § 32 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

b) Die Sätze 3 bis 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt die anzuwendenden Preise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit.“

2. Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

8. § 124 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer, die in die Veröffentlichung eingewilligt haben, mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 prüfen zudem, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis. Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 bis 8 gelten entsprechend.“ ‘

3. Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

,8a In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.‘

4. Nach Nummer 29 wird folgende Nummer 29a eingefügt:

,29a In § 302 Absatz 4 werden nach den Wörtern „in Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder in den Verträgen nach § 125“ und nach den Wörtern „die Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder die Verträge nach § 125“ eingefügt.‘

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur einer unvollständigen Verweisung auf einen anderen Paragraphen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung. Nach § 32 Absatz 2 Satz 2 ist eine Zuzahlung für Massagen, Bäder und Krankengymnastik auch dann zu leisten, wenn sie als Bestandteil der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben wird. Seit dem 1. Juli 2019 gelten bundesweit einheitliche Preise nach § 125b. Künftige Preisverhandlungen finden nach § 125 auf Bundesebene statt, so dass es nur noch einen Referenzpreis für die Berechnung der Zuzahlung gibt. Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gelten die Verträge nach § 125 sowie die bundesweit festgesetzten Preise nach § 125b Absatz 2 entsprechend. Demzufolge konnten die Sätze 3 bis 5 angepasst und vereinfacht werden.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Ermächtigung, eine Liste mit den zugelassenen Heilmittelerbringern zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Die für die Veröffentlichung erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereits nach Satz 7 für die Information der Krankenkassen zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen können nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden, die ihre Einwilligung zu der Veröffentlichung gegeben haben. Über das Verfahren zur Einholung der Einwilligung kann sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in den Verträgen nach § 125 verständigen.

Zu Buchstabe b

Durch die Vorschrift wird eine mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz entstandene Regelungslücke geschlossen.

Geregelt wird, dass die aus Gründen des Bürokratieabbaus in jedem Bundesland bis zum 31. August 2019 gebildete Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die in dem jeweiligen Bundesland die Zulassungsbescheide mit Wirkung für alle Krankenkassen erteilt, auch prüft, ob Leistungserbringer die erforderlichen Weiterbildungen absolviert haben, um besondere Maßnahmen der Physiotherapie durchführen zu können. Ist dies der Fall, erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 4

Im Bereich der Heilmittel gibt es auf Grund des Abschlusses der Verträge auf Bundesebene keine Rahmenempfehlungen mehr. Gleichwohl sind in den Verträgen auf Bundesebene nach § 125 Absatz 2 Nummer 1 einheitliche Regelungen für die Abrechnung der Preise der einzelnen Leistungspositionen zu regeln, so dass die Maßgeblichkeit bei Abweichungen von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 auch für die Verträge nach § 125 festzulegen ist.

## Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 2c (§ 65e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender)

In Artikel 1 wird folgende Nummer 2c eingefügt:

2c. Nach § 65d wird folgender § 65e eingefügt:

„§ 65e Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender für die Versorgung der Versicherten mit Blutstammzellen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat der Sicherung der Qualität und Transparenz des Auswahlverfahrens zur Bestimmung des am besten geeigneten Blutstammzelltransplantats angemessene Rechnung zu tragen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat folgende Bereiche näher zu regeln:

1. die Benennung einer zentralen Stelle zur Koordinierung der Spendersuche und Spenderauswahl einschließlich der Zusammenführung der bei den beteiligten maßgeblichen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen,
2. das Zusammenwirken dieser zentralen Stelle mit den beteiligten maßgeblichen Organisationen bei der Suche und Auswahl geeigneter Spender sowie
3. die Vergütung für Leistungen im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender durch die Krankenkassen sowie ein Verfahren zur Abrechnung.

Die Vereinbarung nach Satz 1 kann zusätzlich insbesondere folgende Regelungen enthalten:

1. Vorgaben für Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren zur Vereinheitlichung des Datenaustausches zwischen den in Satz 1 genannten Organisationen sowie zur Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen und

2. Vorgaben für die übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens.

§ 27 Absatz 1a Satz 6 sowie die rechtlichen Vorgaben für die Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut bleiben unberührt.“

### Begründung

Mit der Neuregelung wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für eine bereits bestehende Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche und Auswahl nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen.

Bereits im Jahr 1993 wurde auf Basis eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit eine „Vereinbarung über die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripheren Blut“ von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen. Infolge der Organisationreform durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die Vereinbarung seit dem Jahr 2010 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a fortgeführt.

Auf der Grundlage dieser Vereinbarung wird für die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Blutstammzelltransplantaten ein funktionierendes System der Suche und Auswahl des jeweils bestmöglichen nichtverwandten Spenders unter Berücksichtigung der dieser Versorgungsform inhärenten Besonderheiten sichergestellt. Dafür ist es erforderlich, über eine zentrale vermittelnde Stelle alle in Deutschland tätigen Spenderdateien und Transplantationseinheiten koordiniert einzubinden, und so alle potenziellen Spender für die Auswahl heranzuziehen und die Abläufe einheitlich zu regeln. Die auf der Basis dieser Vereinbarung in der Praxis seit Jahren etablierte und bewährte Zusammenarbeit aller beteiligten Organisationen, zu denen insbesondere Spenderdateien, Sucheinheiten, Transplantationseinheiten, Fachgesellschaften und das Zentrale Knochenmarkspenderegister Deutschland (ZRKD) als zentrale vermittelnde Stelle gehören, trägt insbesondere der Sicherung der Qualität und Transparenz der Versorgung von Versicherten mit Blutstammzelltransplantaten Rechnung. Die bestehende Vereinbarung umfasst auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen für die Spendersuche und -auswahl mit den Krankenkassen.

Die in der Neuregelung enthaltenen Vorgaben geben im Wesentlichen den Inhalt der bereits bestehenden Vereinbarung wieder, stellen diese nunmehr auf eine explizite Rechtsgrundlage und schaffen damit auch eine rechtssichere Grundlage für deren Weiterentwicklung.

Mit der Regelung werden keine neuen Datenverarbeitungsbefugnisse geschaffen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt bei den Krankenkassen auf der Rechtsgrundlage des § 284 Absatz 1

Satz 1 Nummer 4 (Prüfung der Leistungspflicht) und Nummer 8 (Abrechnung mit den Leistungserbringern) in Verbindung mit § 284 Absatz 3 Satz 1 Alternative 1. Bei den übrigen an der Spendersuche und der Spende beteiligten Organisationen erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung der Spender.

Mit Satz 1 wird für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Rechtsgrundlage für die bestehende Vereinbarung mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen. An der Vereinbarung beteiligt sind neben dem ZKRD insbesondere alle in Deutschland tätigen Spenderdateien, die Sucheinheiten sowie die Transplantationszentren. Generelle Regelungsgegenstände der Vereinbarung sind die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl von nichtverwandten Blutstammzellspendern für die Versorgung der GKV-Versicherten.

Mit Satz 2 werden die grundlegenden Ziele bestimmt, denen die Vereinbarung nach Satz 1 Rechnung zu tragen hat. Hierzu gehören sowohl die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit den am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat nichtverwandter Spender sowie die Qualitätssicherung und Transparenz des Auswahlverfahrens auch im Hinblick auf die Einhaltung bestehender Regelungen zum Schutz der Spender und Empfänger.

Mit Satz 3 werden obligatorische Bestandteile der Vereinbarung nach Satz 1 vorgegeben. Nach Nummer 1 gehört hierzu die Benennung einer zentralen Stelle für die Koordination der Zusammenarbeit der an der Spendersuche und Blutstammzellspende beteiligten Organisationen und die Zusammenführung der bei diesen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen bei dieser zentralen Stelle. Dies ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass bei Suchen nach dem für die schwerkranken Versicherten am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat von nichtverwandten Spendern die Auswahl unter allen von den Spenderdateien registrierten Spendern und damit mit den größten Erfolgsaussichten erfolgen kann. Das Zusammenwirken der zentralen Stelle nach Nummer 1 mit den übrigen an der Spendersuche und Spende beteiligten Organisationen ist nach Nummer 2 ein weiterer obligatorischer Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 1. Nach Nummer 3 sind als obligatorische Gegenstände der Vereinbarung nach Satz 1 die Vergütung der im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen sowie ein dazugehöriges Abrechnungsverfahren vorgegeben.

Satz 4 regelt optionale Inhalte der Vereinbarung. Nach Nummer 1 können in der Vereinbarung nach Satz 1 für die Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen sowie für die Zusammenarbeit der in Satz 1 genannten Organisationen einheitliche Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren vorgegeben werden. Einheitliche Datensatzbeschreibungen für den Informati-

onsaustausch und Vorgaben zur Datenübermittlung sollen die Interoperabilität zwischen Spenderdateien, Sucheinheiten und dem ZKRD als zentraler Stelle sicherstellen und damit die technischen Voraussetzungen für eine sichere und schnelle Identifikation des bestmöglichen Spenders und ein hohes Maß von Transparenz in den Versorgungsabläufen schaffen.

Nummer 2 sieht Vorgaben für eine übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens vor. Dazu können insbesondere Regelungen zur Erfassung und Auswertung für die Suche und Auswahl der Spender qualitätsrelevanter Parameter gehören. Diese Parameter können sich zum Beispiel auf die Vorbereitung und Durchführung der Spende, die Nachsorge der Spender, die Transplantation und den klinischen Verlauf nach der Transplantation beziehen. Dabei sind die weitergehenden gesetzlichen Vorgaben für Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten zu beachten.

Nach Satz 5 bleibt die Vorschrift nach § 27 Absatz 1a Satz 6 unberührt. Insoweit kann die nach dieser Vorschrift vorzunehmende Vereinbarung über die Abwicklung der leistungsrechtlichen Ansprüche des Spenders nicht durch die Vereinbarung nach Satz 1 ersetzt werden. Allerdings besteht die Möglichkeit, die Vereinbarung nach § 27 Absatz 1a Satz 6 in die Vereinbarung nach Satz 1 als gesonderten Teil zu integrieren. Zudem wird klargestellt, dass Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten vorrangig durch die einschlägigen rechtlichen Vorschriften geregelt werden. Dies sind insbesondere das Arzneimittelgesetz, die Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, das Transplantationsgesetz, das Transfusionsgesetz und die TPG-Gewebeverordnung.



## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 2d (§ 75a Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten)

In Artikel 1 wird nach Nummer 2c folgende Nummer 2d eingefügt:

- 2d. § 75a Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin, zu fördern.“

### Begründung

§ 75a Absatz 9, der die Förderung der Weiterbildung im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen regelt, sieht in Satz 2 bereits verpflichtend eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vor. Vor dem Hintergrund eines Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten dieses Fachgebietes wird nunmehr darüber hinaus vorgegeben, dass von den bundesweit zu fördernden bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung mindestens 250 Weiterbildungsstellen für angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu fördern sind.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 3a (§ 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Änderung)

In Artikel 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. In § 89a Absatz 10 Satz 8 werden die Wörter „Satz 4 und 5“ durch die Wörter „Satz 5 und 6“ ersetzt.“

### Begründung

Korrektur eines Verweisfehlers.

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 5a (§ 95 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktioneller Anpassungsbedarf)

In Artikel 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

5a. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.“

b) In Absatz 9b werden die Wörter „oder halben“ durch die Wörter „, einem halben oder einem drei Viertel“ ersetzt.“

### Begründung

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung nicht nur dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt, sondern auch dann, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 2 und 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die im Terminservice- und Versorgungsgesetz den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten eingeräumte Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen halben, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu reduzieren, in der Regelung zur Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung nachvollzogen.

## Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 5b, 5c, 10a (§§ 96, 103, 140f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

„5b. In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 5b wird folgende Nummer 5c eingefügt:

„5c. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ gestrichen.

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 sind zu beachten.“

b) In Absatz 4a Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon sowie die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“.

c) In Absatz 4b Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon sowie die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“.

3. Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

„10a. In § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.“

#### Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu der in § 103 Absatz 4 Satz 6 - neu - enthaltenen Regelung, wonach die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztstellen zu beachten sind.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Gemäß § 103 Absatz 2 Satz 4 können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von etwaigen Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Die zu streichende Regelung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten auszuschreiben hat, bezieht sich auf eine noch im Regierungsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (BT-Drs. 19/6337) enthaltene Fassung der Regelung. Danach hatte der Landesausschuss arztgruppenbezogen die Anzahl der neu geschaffenen Zulassungen festzulegen. Aufgrund der Weiterentwicklung der Regelung im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens hin zu einer uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit in den von den Ländern bestimmten Gebieten, Arztgruppen und Fachrichtungen ist die Folgeregelung zur Ausschreibung der zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten zu streichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Kompetenz erhalten, im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung innerhalb einzelner Arztgruppen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren (§ 101 Absatz 1 Satz 8). Darüber hinaus wurde geregelt, dass Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen nicht erteilt werden dürfen, soweit der

Zulassung oder Anstellungsgenehmigung ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegter Höchstversorgungsanteil entgegensteht (§ 95 Absatz 2 Satz 9 und Absatz 9 Satz 1).

Die vorliegende Änderung entspricht den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 13 Absatz 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6). Sie dient der Klarstellung, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind. Hiervon besonders betroffen ist die Arztgruppe der Fachinternisten, für die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Beschluss vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6) differenzierte Höchstversorgungsanteile für bestimmte Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Teilgebietsbezeichnungen festgelegt hat. Aufgrund der für die Fachinternisten geltenden Zulassungsbeschränkungen können Arztsitze grundsätzlich nur im Wege des Nachbesetzungsverfahrens besetzt werden. Die festgelegten Höchstversorgungsanteile würden ins Leere laufen, wenn sie allein für die Erteilung der Erstzulassung und Anstellungsgenehmigung, nicht aber im Nachbesetzungsverfahren Anwendung fänden.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztstellen in einem medizinischen Versorgungszentrum zu beachten sind.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung der bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte zu beachten sind.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu der in § 103 Absatz 4 Satz 6 - neu - enthaltenen Regelung, wonach die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind.

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 5b<sub>1</sub> (§ 101 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Terminologische Anpassung)

In Artikel 1 wird nach Nummer 5b folgende Nummer 5b<sub>1</sub> eingefügt:

„5b<sub>1</sub>. In § 101 Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „allgemeinen“ jeweils durch die Wörter „regional maßgeblichen“ ersetzt.“

### Begründung

Nach § 101 Absatz 4 Satz 5 ist in der Arztgruppe der überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ein Mindestversorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Ärzten und Psychotherapeuten vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 16. Mai 2019 in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Überprüfung der Verhältniszahlen eine neue Methodik zur Ermittlung der geltenden Verhältniszahlen entwickelt hat, werden als Allgemeine Verhältniszahlen im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie diejenigen Verhältniszahlen definiert, die sich aus der Anpassung der sogenannten Basisverhältniszahlen an die bundesweite Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht im Zeitverlauf ergeben. Die auf regionaler Ebene anwendbaren Verhältniszahlen werden als regionale Verhältniszahlen oder – im Fall der bedarfsplanerischen Abweichung - als regional angepasste Verhältniszahlen bezeichnet (vgl. § 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019, BAnz AT 28.06.2019 B6).

Vor diesem Hintergrund werden die für die Berechnung der Mindestversorgungsanteile maßgeblichen Verhältniszahlen in § 101 Absatz 4 Satz 5 als regional maßgebliche Verhältniszahlen bezeichnet. Damit wird ein terminologischer Gleichklang mit den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie erreicht und

klargestellt, dass sich die genannten Mindestversorgungsanteile an den tatsächlich anzuwendenden Verhältniszahlen orientieren.



## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (§ 115b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog  
ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb wird nach der Angabe „Nummer 1“ das Wort  
„ambulant“ eingefügt.

#### Begründung

Die Regelung dient der Klarstellung, dass ausschließlich Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) ambulant erbringen, von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 ausgenommen sind. Dies entspricht der Zielsetzung der Regelung. Andernfalls könnte nicht ausgeschlossen werden, dass auch solche im AOP-Katalog vorgesehenen Leistungen, die Krankenhäuser stationär erbringen, von der Prüfung ausgenommen wären, was dem gesetzgeberischen Ziel, verstärkt Anreize zur Erbringung ambulanter Leistungen zu setzen, entgegenstünde.

## Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 9a und 21a (§§ 137, 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von  
Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. In § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „müssen“ die Wörter „, die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 zum Gegenstand haben“ eingefügt und die Wörter „zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten“ gestrichen.
- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:  
„Die Krankenkassen und die die Kontrollen beauftragenden Stellen sind befugt und verpflichtet, die für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle zu übermitteln, und diese Stelle ist befugt, die ihr übermittelten Daten zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie nach Satz 1 vorgesehen ist.“
- c) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „hierbei“ durch die Wörter „bei den Festlegungen nach Satz 2“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 21 wird folgende Nummer 21a eingefügt:

„21a. § 275a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „muss“ die Wörter „bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,“ eingefügt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „Gegenstand dieser“ durch die Wörter „Gegenstand der“ ersetzt.

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des § 137 Absatz 3 Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag erteilt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch zu regeln, dass der Medizinische Dienst neben den durch Anhaltspunkte ausgelösten Prüfungen sowie den Stichprobenprüfungen die Erfüllung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 regelmäßig kontrolliert. Dabei kann der G-BA insbesondere vorsehen, dass Kontrollen erfolgen, wenn ein Krankenhaus erstmalig oder nach einer Unterbrechung von zwölf Monaten erklärt, eine Leistung nach den genannten Richtlinien erbringen zu wollen oder einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz begehrt.

Des Weiteren wird klargestellt, dass Stichprobenprüfungen nicht nur zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten durchgeführt werden dürfen, sondern auch dann, wenn sie insgesamt zur Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen erforderlich sind.

Die Regelung ergänzt die Prüfung der Strukturmerkmale gemäß § 275d und stellt eine hohe Versorgungsqualität sicher. In den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 normiert der G-BA insbesondere die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von den Leistungserbringern einzuhalten sind. Die regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen bereits vor der Leistungserbringung dient auch der Rechtssicherheit bezüglich der Frage, ob eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Zu Buchstabe b

Nach den Regelungen in Satz 1 und Satz 2 ist der G-BA ermächtigt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch das Nähere zu Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen zu regeln und dabei das jeweils geeignete Verfahren festzulegen. Dabei legt der G-BA auch eine Stelle fest, die das für die Prüfungen erforderliche Stichprobenverfahren, d. h. die Auswahl der zu kontrollierenden Leistungsbringer durchführt.

Mit der Änderung werden die Krankenkassen und andere die Prüfung beauftragende Stellen ermächtigt und verpflichtet, der vom G-BA für die Durchführung der Stichprobenprüfung bestimmten Stelle die für das Verfahren erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten zu übermitteln. In der Regel verfügen die Krankenkassen oder die anderen beauftragenden Stellen über die Informationen darüber, welche Leistungserbringer die zu prüfenden Leistungen erbracht haben oder die zu kontrollierenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Befugnis umfasst auch die Berechtigung, der zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer bestimmten Stelle die Prüfergebnisse der Kontrollen der Medizinischen Dienste zwecks Berücksichtigung im Verfahren zur Ziehung der Stichprobe zu übermitteln. Dies dient insbesondere dem Ziel, regelmäßig unauffällige Leistungserbringer aus der Stichprobe herausnehmen zu können.

Darüber hinaus wird die vom G-BA mit der Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer im Rahmen der Stichprobenziehung beauftragte Stelle zur Verarbeitung der ihr übermittelten einrichtungsbezogenen Daten für den Zweck dieser Auswahl befugt.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes 3.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung von § 275 Absatz 2 Satz 2 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 klargestellt, dass sich die Vorgabe, wonach der Auftrag in angemessenem Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf Kontrollen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, und nicht auf regelmäßige Kontrollen der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 beziehen kann.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung von § 275 Absatz 2 Satz 3 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 sichergestellt, dass die Gegenstände der Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst für sämtliche Aufträge und nicht nur für bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, gelten.

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 10b (§ 140f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene)

In Artikel 1 wird nach Nummer 10a folgende Nummer 10b eingefügt:

,10b. § 140f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen sowie Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Der Landesausschuss nach § 90 erstattet die Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen in angemessenem Umfang. Die sachkundigen Personen haben einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungs-treffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“ ‘

### Begründung

Mit der Neufassung von § 140f Absatz 7 werden die organisatorische und inhaltliche Unterstützung auf Landesebene an die Regelungen auf Bundesebene angeglichen, um auch zukünftig eine wirksame und kompetente Patientenvertretung sicherstellen zu können. Der Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf besteht auf Landesebene in vergleichbarem Umfang wie auf Bundesebene. Sowohl die Anzahl der Gremien, in denen ein Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter vorgesehen ist, als auch die damit verbundenen Aufgaben sind seit Einführung der Patientenbeteiligung erweitert worden. Der damit einhergehende wachsende Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf kann mit den Mitteln, die bisher gesetzlich vorgesehen sind, nicht mehr gewährleistet werden.

Die Unterstützung erfolgt, entsprechend der bisherigen Regelung, durch den Landesausschuss nach § 90. Er wird paritätisch von Kassen- und Leistungserbringerseite finanziert.

Der Landesausschuss nach § 90 kann zur Unterstützung der notwendigen Koordinierung zur Wahrnehmung der Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten.

Die Unterstützung richtet sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen und die Durchführung des Benennungsverfahrens nach § 140f Absatz 3 Satz 4. Grundsätzlich können die Patientenorganisationen und sachkundigen Personen auch durch weitere Leistungen unterstützt werden.

Um die koordinierende Tätigkeit der maßgeblichen Patientenorganisationen als Grundvoraussetzung für das Funktionieren der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen sicherzustellen, wird nun die angemessene Erstattung von Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen durch den Landesausschuss nach § 90 als finanzieller Ansprechpartner der Patientenvertreterinnen und -vertreter ermöglicht. Die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten maßgeblichen Organisationen benennen auch einvernehmlich für die Landesebene sachkundige Personen, damit diese ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung der Gremien einbringen. Teil der Koordinierung ist daher die aufwändige organisationsinterne Suche nach fachlich geeigneten Personen für eine Vielzahl an Beratungsthemen und die ggf. notwendige Schulung und Fortbildung der sachkundigen Personen. Über die Pauschale von § 140f Absatz 8 hinaus, sind damit noch weitere Leistungen durch den Landesausschuss nach § 90 erstattungsfähig. Daneben umfasst die Koordinierung die Akkreditierung und Benennung der sachkundigen Personen sowie die Sicherstellung der Rechte der Patientenvertreter und eine angemessene Besetzung der Gremien. Der Anspruch auf Erstattung entsprechender koordinierender Maßnahmen kann, sofern keine Stabsstelle oder Koordinierungsgruppe auf Landesebene vorhanden ist, auch durch die maßgebliche Organisation selbst oder durch die jeweilige Mitgliedsorganisation, die eine sachkundige Person entsendet, geltend gemacht werden.

Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstaussfall nach § 140f Absatz 5 für die sachkundigen Personen gilt weiterhin für die Teilnahme an jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie nunmehr auch für die Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen.

## Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten)

(Ausübung des Krankenkassenwahlrechts)

1. In Artikel 1 wird nach Nummer 10b folgende Nummer 10c eingefügt:

„10c. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die gewählte Krankenkasse stellt nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zum Zwecke der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle aus. Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; in den Fällen, in denen die Frist nach Absatz 4 Satz 1 noch nicht erfüllt wurde, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Ende der Frist anzugeben.“

b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Es wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 Satz 2 nicht fristgerecht beantwortet.“

bb) Im neuen Satz 4 werden nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Wörter „und 2“ eingefügt.

c) In Absatz 3a wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Die gewählten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „18 Monate“ durch die Angabe „12 Monate“ ersetzt und folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.“

bb) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist“ durch die Wörter „Nach Ablauf der Bindungsfrist ist eine Kündigung der Mitgliedschaft“ ersetzt.

cc) Die neuen Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Im Falle eines Wechsels in eine andere Krankenkasse tritt an die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 2. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

dd) Am Ende des neuen Satzes 7 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „Satz 4 ist anzuwenden.“ ergänzt.

ee) Im neuen Satz 10 werden die Wörter „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch die Wörter „Satz 1 gilt“ ersetzt.



e) In Absatz 5 werden nach dem Wort „ausüben“ ein Semikolon und die Wörter „Absatz 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend“ eingefügt.

f) In Absatz 6 werden nach den Wörtern „Verfahren und Vordrucke fest“ die Wörter „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5“ eingefügt.

2. In Artikel 1 wird nach Nummer 29a folgende Nummer 29b eingefügt:

29b. In § 304 Absatz 2 werden nach der Angabe „§§ 288 und 292“ die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen sowie das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu übermitteln“ ersetzt.

3. In Artikel 15 wird Absatz 4 wie folgt gefasst:

(4) Artikel 1 Nummer 10c und Artikel 5 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

### Begründung

Zu Nummer 1 (§ 175 SGB V)

Mit dem anliegenden Regelungsentwurf wird das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse für die Mitglieder vereinfacht.

Bisher müssen wechselwillige Mitglieder

1. ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen,
2. einen Aufnahmeantrag bei der neuen Krankenkasse stellen,
3. die schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse abwarten und
4. diese an die neue Kasse übersenden.

Erst wenn die Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse vorliegt, darf diese eine schriftliche Mitgliedsbescheinigung ausstellen. Die Mitgliedsbescheinigung muss das Mitglied rechtzeitig z.B. an seinen Arbeitgeber (zur Meldung verpflichtete Stelle) übersenden.

Nur wenn die Mitgliedsbescheinigung dort rechtzeitig vorliegt, ist der Kassenwechsel tatsächlich vollzogen, bis dahin sind Kündigung und Beitrittserklärung zur neuen Kasse schwebend unwirksam.

Durch die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entfällt in bestimmten Fallkonstellationen die gesetzlich vorgegebene Notwendigkeit der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse und der Vorlage einer Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse. Einer Kündigung bedarf es zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der gesetzlichen

Mindestbindungsfrist nach der jüngsten Rechtsprechung nur, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 2018, B 1 KR 10/18). Bei einem Wechsel des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (Arbeitgeberwechsel) ist demnach keine Kündigung mehr erforderlich. Die Beitrittserklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse ist ausreichend.

Liegt zwischen den beiden versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen dann noch ein Zeitraum ohne eigene Mitgliedschaft, wie z.B. eine Familienversicherung, muss nicht einmal die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt sein (vgl. auch die Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen vom 22.11.2016).

Diese unterschiedlichen Verfahren und Voraussetzungen sind für die Mitglieder kaum nachzuvollziehen. Auf Seiten der Krankenkassen erhöht sich durch den Wegfall der Kündigung aufgrund der Rechtsprechung die Gefahr von Doppelmitgliedschaften. Diese werden in der Regel erst im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens erkannt und müssen dann rückwirkend bereinigt werden.

Das wird zum Anlass genommen, das Verfahren zum Wechsel der Krankenkasse für die Mitglieder einfacher und einheitlicher zu gestalten.

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des Satzes 1 wird klargestellt, dass nach jeder Ausübung des Wahlrechts eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen ist. Die Mitgliedsbescheinigung kann schriftlich oder - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen - elektronisch zur Verfügung gestellt werden (z.B. als persönlicher Download oder durch Nutzung eines sicheren Übermittlungswegs).

Im Interesse einer zügigen Abwicklung des Kassenwechsels wird die gewählte Krankenkasse unverzüglich die bisher zuständige Krankenkasse über den Kassenwechsel informieren. Zusätzlich werden unnötiger Verwaltungsaufwand bei der bisherigen Krankenkasse (Ermittlungen zu einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4) und Doppelmitgliedschaften, die im Clearingverfahren rückabgewickelt werden müssten, vermieden.

Eine Meldung an die bisherige Krankenkasse ist nur erforderlich, wenn zuletzt, das heißt unmittelbar zuvor, eine Mitgliedschaft bestand. Lag dagegen eine Familienversicherung vor, ist eine Meldung entbehrlich, weil bereits nach den einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) eine Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisher zuständige Krankenkasse erfolgt. Keiner Meldung bedarf es, wenn unmittelbar zuvor eine private Krankenversicherung oder eine Phase des Auslandsaufenthaltes ohne Versicherung in der GKV bestand.

Um eine zügige Abwicklung zu gewährleisten, sind die Meldungen von der gewählten Kasse unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern abzugeben. Die im Rahmen eines Kündigungsverfahrens einzuhaltenen Fristen sind dabei im Absatz 4 Satz 3 und 4 geregelt.

Die bisher zuständige Krankenkasse hat das Ende der Mitgliedschaft innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung zu bestätigen - so wie sie bisher innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausstellen musste. Bei Fällen im Rahmen des Kündigungsverfahrens hat sie zu prüfen, ob die Bindungsfrist erfüllt ist und - wenn diese nicht erfüllt ist - der gewählten Kasse das Ende der Frist zu melden.

Der Kassenwechsel verschiebt sich dann auf den Zeitpunkt zu dem die Bindungsfrist endet. Bisher kommt in solchen Fällen der Kassenwechsel nicht zustande und der Versicherte muss das gesamte Verfahren (Wahlerklärung gegenüber der neuen Kasse abgeben, fristgerechte Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse, etc.) von vorne beginnen.

Die datenschutzrechtliche Befugnis zur Verarbeitung, auch einschließlich der Erhebung, Speicherung und Übermittlung, der Daten im erforderlichen Umfang durch die Krankenkassen ergibt sich bereits aus § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Absatz 3 Satz 1 (Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten).

Zu Buchstabe b

Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte vor, dass eine Krankenkasse den Wechsel behindert oder verzögert, wird die Aufsichtsbehörde auch in diesen Fällen verpflichtet einzuschreiten. Langfristige Rückwerbungen und Verfahrensverzögerungen sollen so verhindert werden.

Zu Buchstabe c

Erfolgt der Kassenwechsel, weil eine Krankenkasse geschlossen oder insolvent wird, ist ebenfalls eine elektronische Meldung der neu gewählten Krankenkasse abzugeben.

Zu Buchstabe d

Durch die Verkürzung der Bindungsfrist in Satz 1 von 18 auf zwölf Monate wird Mitgliedern, die während einer bestehenden Mitgliedschaft ihre Krankenkasse wechseln möchten, bereits nach zwölf Monaten ein Wahlrecht gewährt. Dadurch wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert, indem Mitglieder auch ohne Änderung des Zusatzbeitrags schneller ihre Krankenkasse wechseln können. Das Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes bleibt davon unberührt.

Endet eine Versicherungspflicht oder -berechtigung kraft Gesetzes, bedarf es bei Ausübung des Wahlrechts weder einer Kündigung noch der Einhaltung einer Bindungsfrist. So besteht zum Beispiel bei jedem Arbeitgeberwechsel oder dem Wechsel von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit ein Wahlrecht, auch wenn die Bindungsfrist von zwölf Monaten noch nicht erfüllt ist.

Durch die Änderungen in den Sätzen 3 bis 6 wird das Verfahren bei einem Wechsel der Krankenkasse für die Versicherten einfacher. Künftig reicht es aus, dass eine neue Kasse gewählt und ihr gegenüber der Beitritt erklärt wird. Eine gesonderte Kündigungserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich und wird durch das neue Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen ersetzt. Der Versicherte muss nur noch in den Fällen bei der bisherigen Krankenkasse kündigen, in denen er das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen will. Das kann z.B. der Fall sein, wenn er in die private Krankenversicherung wechselt oder ins Ausland verzieht. In diesen Fällen muss der Versicherte seine bestehende Mitgliedschaft kündigen und eine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall nachweisen. Er erhält von seiner bisherigen Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung.

Durch die Einfügung in Satz 7 wird klargestellt, dass Satz 4 anzuwenden ist. Dadurch wird auch im Falle eines Sonderkündigungsrechtes ein Krankenkassenwechsel erleichtert.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine klarstellende Folgeänderung zur Anpassung des Absatzes 2.

Zu Buchstabe f

Mit der Ergänzung wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, auch die Inhalte des neuen elektronischen Meldeverfahrens in Ergänzung zu den bestehenden Verfahren zu regeln.

Zu Nummer 2 (§ 304 SGB V)

§ 304 Absatz 2 regelt die Mitteilungspflichten der bisher zuständigen Krankenkasse im Falle eines Wechsels der Krankenkasse. Im Hinblick auf die Übermittlung der für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach §§ 288 und 292 ist eine Übermittlungsverpflichtung angezeigt, um eine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) auf diesem Wege zu ermöglichen und die Versicherten davon zu entlasten, ihre Versicherungszeiten bei Eintritt in die KVdR nachweisen zu müssen. Daher werden die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen. Durch die Änderung wird die bisher zuständige Krankenkasse nunmehr gegenüber der neuen Krankenkasse auch zur Übermittlung der zur Fortführung des Versichertenverzeichnisses nach § 288 erforderlichen Angaben verpflichtet. Darüber hinaus sind auch die für die Gewährung von Leistungen erforderlichen Daten nach § 292 zu übermitteln, um beispielsweise einen bestehenden Krankengeldanspruch lückenlos zu gewähren. Der bisher verwendete Begriff „mitzuteilen“ wird durch den in

sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften üblicheren Begriff „zu übermitteln“ ersetzt, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden ist.

Zu Nummer 3 (Artikel 15 - Inkrafttreten)

Der neue Artikel 10c soll erst zum 1. Januar 2021 in Kraft treten. Daher ist Artikel 15 zum Inkrafttreten anzupassen.

## **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 200 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Korrektur eines Verweisfehlers)

In Artikel 1 Nummer 14 wird in § 200 Absatz 2 Satz 3 die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

### Begründung

Durch die Änderung wird in § 200 Absatz 2 Satz 3 eine fehlerhafte Verweisung auf die Zuständigkeitsregelung für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung nach § 199 a Absatz 2 Satz 4 korrigiert.

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 25, 29c, 30 (§ 279, 282, 326, 327, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vorstand des Medizinischen Dienstes;  
Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund;  
Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund;  
Übergangsregelung Medizinischer Dienst Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. In Artikel 1 Nummer 25 § 279 Absatz 7 Satz 6 wird nach dem Wort „Absatz“ die Angabe „3 und“ eingefügt.
2. In Artikel 1 Nummer 25 § 282 Absatz 4 werden die Sätze 5 bis 7 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35 Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen.“

3. Nach Artikel 1 Nummer 29b wird folgende Nummer 29c eingefügt:

29c. § 326 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ durch die Wörter „§ 282 Absatz 4 Satz 6“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters“ gestrichen.‘

4. In Artikel 1 Nummer 30 § 327 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „§§ 275 bis 283“ die Wörter „sowie der § 326 Absatz 2 Satz 1“ eingefügt.

5. Artikel 1 Nummer 30 § 328 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Der jeweils amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter gelten bis zum 31. Dezember 2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand.“

b) In Absatz 5 Satz 5 wird nach den Wörtern „Satz 2 bis 4“ die Angabe „und 7“ eingefügt und nach dem Wort „dass“ werden die Wörter „die Frist nach Absatz 1 Satz 7 am 30. Juni 2022 endet,“ eingefügt.

### Begründung

Zu Nummer 1

Durch den Verweis auf § 35a Absatz 3 des Vierten Buches wird die Regelung übernommen, dass der Vorstand hauptamtlich tätig ist und eine Amtszeit von sechs Jahren hat, wobei eine Wiederwahl möglich ist. Durch die Befristung der Amtszeit des Vorstandes, die bereits für die Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und künftig für den Medizinischen Dienst Bund gilt, wird nun ein Gleichlauf mit den Amtsperioden der Vorstände all diesen Körperschaften des öffentlichen Rechts hergestellt. Diese Regelung erlaubt es dem Verwaltungsrat, sein organschaftliches Recht zur Wahl des Vorstandes nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 in regelmäßigen Abständen auszuüben.

Zu Nummer 2



Da die Amtszeit der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund auf 6 Jahre begrenzt ist, wird die Regelung zu Vergütungserhöhungen an diejenige bei den übrigen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene angeglichen, für die ebenfalls eine vergleichbare Amtszeitbegrenzung gilt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Übergangsregeln in § 326 Absatz 1 zu den zum 10. Mai 2019 geänderten gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Vergütung des Führungspersonals der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene sind nur noch für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter von Bedeutung, für die nach § 327 Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. Juni 2021 die bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Vorschriften fortgelten. Durch die Einfügungen wird klargestellt, dass die Übergangsregelung auf diese alten Vorschriften Bezug nimmt.

Zu Buchstabe b

Das Verbot von Vergütungserhöhungen bis Ende 2027, das nach § 326 Absatz 2 Satz 1 für den derzeitigen Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter gilt, soll auch auf die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund Anwendung finden. Zu diesem Zweck wird der Verweis auf § 282 an die neue Rechtslage angepasst sowie der geänderten Amtsbezeichnung und der Amtszeitbegrenzung Rechnung getragen.

Zu Nummer 4

Die Ergänzung der Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stellt klar, dass das Verbot von Vergütungserhöhungen für den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter nach § 326 Absatz 2 Satz 1 auch nach Inkrafttreten der Neuregelung für die Übergangsphase fort gilt.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Der Vorstand bedarf als Organ des Medizinischen Dienstes einer entsprechenden Legitimationsgrundlage, die er aus der gesetzlich vorgegebenen Wahl durch den Verwaltungsrat erhält. Es ist zudem ein organschaftliches Recht des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6, den Vorstand zu wählen. Jedoch ist es insbesondere in der Phase der Umstellung wichtig, während des Wechsels der Verwaltungsräte und der Einarbeitungszeit des neuen Verwaltungsrates eine Kontinuität in der Geschäftsführung sicherzustellen.

Daher wird die Wahl des Geschäftsführers und seines Stellvertreters durch den neu konstituierten Verwaltungsart als Vorstand bis zum 31. Dezember 2021 fingiert. Der Vorstand hat sich nach dieser die

Umwandlung begleitenden Übergangsfrist von zwei Jahren nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes bzw. sechs Monate nach Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der tatsächlichen Wahl durch den Verwaltungsrat zu stellen.

Zu Buchstabe b

Die Fiktion der Wahl des amtierenden Geschäftsführers und seines Stellvertreters als Vorstand durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gilt über den Verweis in Absatz 5 Satz 5 auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Frist, für die diese Fiktion gilt, wird für den Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und seinen Stellvertreter um sechs Monate verlängert, da auch der Zeitpunkt des Übergangs des Verwaltungsrates hier ein halbes Jahr später erfolgt.

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 25, 30 (§ 282, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. Nach Artikel 1 Nummer 25 wird § 282 Absatz 2 Satz 4 wie folgt eingefügt:

„Die Abgabe der Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zur Wahl entsandte Person ist möglich.“

2. In Artikel 1 Nummer 30 werden in § 328 Absatz 5 die Sätze 3 und 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der amtierende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sammelt die Vorschläge für die Wahl nach Satz 2 in nach Vertretergruppen gemäß § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 und Geschlecht getrennten Listen und versendet diese an die jeweiligen Vertretergruppen der Medizinischen Dienste. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet einen Vertreter, der die Stimmen jedes Mitglieds der Vertretergruppe entsprechend dessen Weisungen abgibt. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur Wahl, leitet die Wahl und regelt das Nähere. Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt; bei Stimmgleichheit entscheidet das Los. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, in der die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen sind, und leitet diese.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Es wird geregelt, dass die Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene auch nach dem Verfahren durchgeführt werden kann, dass die Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zu entsendende Person nach Weisung des jeweiligen Vertreters bei der Wahl abgegeben werden kann. Dieses Verfahren bietet im Vergleich zu einer Vollversammlung aller Mitglieder der Verwaltungsräte von aktuell 15 Medizinischen Diensten eine deutlich höhere Praktikabilität und schont die Ressourcen der Medizinischen Dienste.

Zu Nummer 2

Für die erste Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund wird das Wahlverfahren näher geregelt. Gewählt wird gemäß Satz 2 nach den Vorgaben des § 282 Absatz 2, also getrennt nach Vertretergruppen und mit den jeweiligen Stimmgewichten nach § 282 Absatz 2 Satz 4 sowie der gleichgewichtigen Besetzung mit Frauen und Männern nach § 282 Absatz 2 Satz 7 i. V. m. § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 8. Letzteres hat zur Folge, dass jedes Mitglied einer Vertretergruppe zwei Stimmen abgibt; jeweils eine Stimme für einen weiblichen und einen männlichen Kandidaten. Da für diese erste Wahl des Verwaltungsrates noch keine Satzung besteht, in der das Verfahren geregelt wird, werden die Vorgaben für diese Wahl gesetzlich konkreter festgeschrieben.

Es wird geregelt, dass der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vorschläge für Kandidaten von den vorschlagsberechtigten Gruppen erbittet und sammelt und für jede Vertretergruppe nach § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 eine Liste mit weiblichen und eine mit männlichen Kandidaten erstellt. Die jeweiligen beiden Listen der Kandidaten für die Vertretergruppe sendet er den entsprechenden Vertretergruppen in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste vor der Wahl zu, zu der er auch lädt. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet zu dieser Wahl einen Vertreter, der die beiden Stimmen eines jeden Mitglieds der Vertretergruppe aufnimmt und entsprechend der Weisungen des Mitglieds bei der Wahl abgibt. Bei der Wahl gilt der Mehrheitsgrundsatz, nach dem die Kandidaten gewählt sind, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Sollte eine für die Belegung der zur Verfügung stehenden Sitze im Verwaltungsrat entscheidende Stimmgleichheit auftreten, entscheidet das Los.

Es wird klargestellt, dass der amtierende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund lädt. Es wird damit auch ein Gleichlauf mit der Regelung in Absatz 1 Satz 5 für die Medizinischen Dienste auf Landesebene geschaffen. Es ist zudem vorgesehen, dass er die Wahl der oder des neuen Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund leitet.

## **Änderungsantrag 16**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

In Artikel 1 Nummer 25 § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden nach den Wörtern „der Bundesärztekammer,“ die Wörter „der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer“ eingefügt.

### Begründung

Bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Daher werden neben der Bundesärztekammer, der bereits im Gesetzesentwurf ein Recht zur Stellungnahme zugebilligt wird, auch die auf Bundesebene bestehenden Kammern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte in den Kreis der anhörungsberechtigten Stellen aufgenommen.

## **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der  
Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

In Artikel 1 Nummer 25 wird nach § 283a Absatz 1 Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, 278 Absatz 2 bis 4 und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend.“

#### Begründung

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur – wie bereits nach geltendem Recht – die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 Absatz 2 Satz 5) für den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verbindlich sind, sondern auch die neu hinzugekommenen Aufgaben des Medizinischen Dienstes wie insbesondere die Berichtspflicht nach § 278 Absatz 4 oder die Bestellung einer Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 für den SMD verpflichtend sind. Die für den SMD von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu bestellende Ombudsperson berichtet der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

## **Änderungsantrag 18**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der  
Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

In Artikel 1 Nummer 25 wird in § 283a Absatz 2 Satz 4 das Wort „sechs“ durch das Wort „neun“ ersetzt.

### Begründung

Die Änderung stellt eine Folgeregelung zur Einbeziehung der Patientenverbände in den Beirat beim Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See dar. Bei den sechs in der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung und den vier in der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Verbänden ergeben sich Überschneidungen, weil ein Verband in beiden Verordnungen benannt wird. Insoweit ist eine Erweiterung des Beirates von sechs auf neun Vertreter notwendig und ausreichend, um das von den Verbänden vertretene unterschiedliche Spektrum an Interessen im Beirat abzubilden.

## **Änderungsantrag 19**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 327 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung  
und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

In Artikel 1 Nummer 30 wird § 327 wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „nehmen die“ die Wörter „am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe der“ eingefügt.
2. In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz wird das Wort „sie“ durch die Wörter „ihre am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe“ ersetzt.
3. Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 aufgelöst.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Da nach der Konstituierung der neuen Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste diese zunächst parallel zu den amtierenden Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bestehen, soll klargestellt werden, dass letztere bis zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 die Aufgaben des Verwaltungsrates erfüllen, etwa die verbindliche Aufstellung eines Haushaltsplanes für das Folgejahr. Der neu konstituierte Verwaltungsrat erlässt bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich seine zukünftige Satzung und übernimmt die Aufgaben des Verwaltungsrates erst nach dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 in vollem Umfang.



Zu Nummer 2

Dieselbe Klarstellung wie in Buchstabe a erfolgt bezüglich des amtierenden Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des neu konstituierten Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund. Für den von der Formulierungsänderung mitbetroffenen Spitzenverband Bund der Krankenkassen ändert sich inhaltlich nichts, da dieser als juristische Person ohnehin durch seine Organe handelt.

Zu Nummer 3

Absatz 3 Satz 2 enthält eine Klarstellung, dass die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt aufgelöst werden, in dem die neu konstituierten Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste ihre Arbeit in vollem Umfang, das heißt nicht nur bezogen auf den Erlass ihrer zukünftigen Satzung, aufnehmen. Dasselbe gilt für den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4.

## Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 327, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. In Artikel 1 Nummer 30 § 327 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.
2. In Artikel 1 Nummer 30 wird § 328 wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird jeweils die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
    - cc) In Satz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.
  - c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
    - bb) In Satz 5 wird die Angabe „31. März“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt und wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.

## Begründung

### Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Frist zur Konstituierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in § 328 Absatz 1 Satz 1.

### Zu Nummer 2

#### Zu Buchstabe a

#### Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird die Frist, bis zu der die zuständige Landesbehörde die zu benennenden Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes jeweils benannt haben muss, um sechs Monate verlängert. Dies ermöglicht es den Landesbehörden, die in dieser Frist gesetzlich geforderten Akte zur Benennung fristgerecht umzusetzen. Dies ist zunächst nach § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 die Regelung des Verfahrens der Übermittlung und Bearbeitung der Vorschläge von zu benennenden Personen sowie der Anerkennung der vorschlagsberechtigten Organisationen und Verbände. Im Folgenden muss das Vorschlags- und Benennungsverfahren jeweils mit angemessenen Fristen durchgeführt werden. Für die Erfüllung dieser Aufgaben ist eine Frist von einem Jahr vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zur Benennung der Mitglieder daher angemessen.

#### Zu Doppelbuchstaben bb und cc

Als Folgeänderung zur Änderung gemäß Doppelbuchstabe aa müssen auch die Fristen zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch die zuständige Landesbehörde sechs Monate später enden.

#### Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist auch der Schutz der Arbeitnehmer und Auszubildenden vor Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und vor ordentlichen oder betriebsbedingten Kündigungen um sechs Monate zu verlängern.

#### Zu Buchstabe c

Auch die Fristen zur Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind als Folgeänderung zur Änderung des Buchstaben a Doppelbuchstaben aa um sechs Monate zu verlängern.

## **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes)

In Artikel 1 Nummer 30 werden in § 328 Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Der“ die Wörter „gemäß Satz 1 besetzte“ eingefügt.

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung, dass die Satzung des Medizinischen Dienstes von dessen nach § 328 Absatz 1 neu besetzten Verwaltungsrat erlassen wird und nicht von dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

## Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Anpassung der Sachkostenkorrektur)

Artikel 3 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

1. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz werden die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2016“ gestrichen.

bb) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden die Wörter „bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet und“ gestrichen.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen;

diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“ ‘

#### Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird die inzwischen abgelaufene Frist aus dem Jahr 2016 für die erstmalige Vereinbarung der Rahmenbedingungen für die Sachkostenkorrektur gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist eine Folge der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung durch das Pflegebudget und der Ausgliederung dieser Kosten aus der Fallpauschalenvergütung. Es wird geregelt, dass die Sachkostenkorrektur, mit der eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden wird, ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung erfolgt. Die abgesenkten Sachkostenanteile sind daher ausschließlich den mit den Fallpauschalen vergüteten Kosten zuzuordnen, d. h. insbesondere den Personalkosten ohne die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Hierdurch erfolgt eine finanzierungsneutrale Umsetzung der Sachkostenkorrektur, ohne dass dem Krankenhausbereich Mittel entzogen oder zugeführt werden. Die angepasste Sachkostenkorrektur ist nach Inkrafttreten des Gesetzes, d. h. erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen entsprechen dem Gesetzentwurf.

## **Änderungsantrag 23**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f (§ 17c Absatz 3 - neu - des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson)

Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f wird wie folgt gefasst:

,f) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt.
- bb) Satz 4 wird aufgehoben.

### Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient dazu, Krankenhäusern und Krankenkassen einen stärkeren Anreiz zu bieten, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Bisher wird diese Möglichkeit von den beteiligten Parteien nur wenig genutzt. Einer der wesentlichen Gründe dürfte in der nur eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson zu sehen sein. Da ein Verstoß gegen die öffentliche Ordnung nur in eng begrenzten Fällen anzunehmen ist, sehen die beteiligten Parteien vielfach davon ab, überhaupt erst Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Um eine Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen und den beteiligten Parteien zu ermöglichen, durch Bestellung einer Schlichtungsperson eine schnelle und kostengünstige Entscheidung herbeizuführen, wird die gerichtliche Überprüfbarkeit einer Entscheidung der Schlichtungsperson künftig voraussetzungslos gewährt.

## **Änderungsantrag 24**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe h (§ 17c Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Elektronische Direktabrechnung von Krankenhausabrechnungen für Beihilfeträger)

Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe h wird wie folgt gefasst:

,h) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu schriftlich oder elektronisch ihre Einwilligung erklärt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.“ ‘

### Begründung

Die Regelung schafft die Rechtsgrundlage für die maschinenlesbare Übermittlung der Daten nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auch an Stellen, die für die Festsetzung von Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften wie insbesondere nach § 51 Bundesbeihilfeverordnung Festsetzungsstellen zuständig sind. Voraussetzung ist auch hier, dass die einzelne beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person Gebrauch von der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und dem Beihilfeträger als weiteren Kostenträger macht und ihr Einverständnis zur Datenübermittlung an das Krankenversicherungsunternehmen erklärt hat. Ebenso wie im Bereich der gesetzlichen



und privaten Krankenversicherung benötigen auch die Festsetzungsstellen die Daten nach § 301 SGB V.

In Satz 4 kann auf die Anordnung der Schriftform oder der elektronisch dokumentierten Form zur Erteilung der Einwilligung verzichtet werden. Die Person muss in diesem Fall anders als bei Satz 2 nicht vor einer unbedachten Erklärung besonders gewarnt werden, da die Datenübermittlung nach § 301 Absatz 2a SGB V (Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen an das Krankenhaus), in die sie mit Abgabe der Erklärung einwilligt, auch der Durchführung der Direktabrechnung dient. Für die Einwilligung in die Direktabrechnung nach Satz 2 soll es hingegen bei der höheren Nachweis- und auch Warnstufe der schriftlichen oder elektronischen Einwilligung bleiben.

Die Streichung des bisherigen Satzes 5 zum Widerruf der Einwilligung erfolgt, da sich das Widerrufsrecht unmittelbar aus Artikel 7 Absatz 3 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) ergibt. Durch die Streichung ergeben sich keine Einschränkungen der Rechte der betroffenen Person. Diese kann ihre Einwilligung weiterhin jederzeit widerrufen.

## Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 4 Nummer 2 und 5a (§ 4 Absatz 9, § 10 Absatz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Verlängerung des Hygieneförderprogramms)

Artikel 4 wird wie folgt geändert:

1. Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe c angefügt:

,c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die folgenden Maßnahmen zur Erfüllung von Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes an die personelle Ausstattung werden finanziell gefördert, wenn die Maßnahmen die Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf einhalten, die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951) sowie der Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183) genannt sind:

1. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen:
  - a) von Hygienefachkräften: in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2019,
  - b) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie: in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
  - c) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder

Aufstockung bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,

- d) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
- e) von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten: in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2016,

2. Fort- oder Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2022:

- a) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2020 in Höhe von jährlich 40 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
- b) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
- c) Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Fortbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert, und
- d) strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,

3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2013 bis 2026.

Unabhängig von den in Satz 1 genannten Voraussetzungen werden die folgenden Maßnahmen finanziell gefördert:

- 1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von

- a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
  - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
  - c) Fachärztinnen und Fachärzte als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
2. die in den Jahren 2016 bis 2022 begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,
  3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2016 bis 2026.

Kosten im Rahmen von Satz 1 Nummer 1, die ab dem 1. August 2013 entstehen, werden auch gefördert für nach dem 4. August 2011 vorgenommene erforderliche Neueinstellungen oder Aufstockungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Voraussetzung für die Förderung nach Satz 2 Nummer 1 ist eine schriftliche Bestätigung der Leitung des Krankenhauses, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich „Antibiotic Stewardship“ oder Infektiologie tätig ist, sowie ein Nachweis, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich Antibiotic Stewardship informiert wurde. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und d vorgenommen wurden, sind bei der Ermittlung des Betrags nach Satz 5 erhöhend zu berücksichtigen. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 3 und 6 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist. Der Betrag nach den Sätzen 5 und 6 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

2. Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

5a. § 10 Absatz 12 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„In den Basisfallwert, der ab dem 1. Januar 2023 gilt, sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt für das Jahr 2022 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen; soweit die Finanzierungsbeträge noch nicht feststehen, sind diese zu schätzen und Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.“

### Begründung

#### Zu Nummer 1

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm soll die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen. Der Förderzeitraum, der Ende 2019 beziehungsweise zum Teil auch erst 2023 auslaufen würde (hinsichtlich der Beratungsleistungen nach Satz 1 Nummer 3), wird teilweise um drei Jahre bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert. Zur Förderung eines sachgerechten Einsatzes von Antibiotika wird das Programm um einen zusätzlichen Förderschwerpunkt im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung erweitert.

Satz 1 regelt die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich der Krankenhaushygiene und die Förderung von Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 1, wobei die Laufzeit der Förderung teilweise über das Jahr 2019 hinaus um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert wird. Zwar gelten nach den auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Landesverordnungen Anforderungen an die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal, zu denen ab dem Jahr 2020 in den Verordnungen gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 IfSG keine Übergangsregelungen mehr vorgesehen sind. Da aber die Qualifikation von entsprechendem Hygienefachpersonal in den Ländern nicht in dem erwarteten Umfang stattgefunden hat, wird auf dem Arbeitsmarkt voraussichtlich auch nach dem 31. Dezember 2019 qualifiziertes Fachpersonal noch nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, um den Bedarf der Einrichtungen voll zu decken. Es ist daher sachgerecht, die Förderung in den Bereichen, in denen weiterhin Mangel besteht, fortzusetzen. Der Satzteil vor der Aufzählung wird sprachlich neu gefasst. Der Satzteil vor der Aufzählung nennt außerdem keinen regelhaften Förderzeitraum mehr, da die jeweiligen Förderzeiträume nun bei den einzelnen Fördertatbeständen geregelt werden.

Nummer 1 regelt, welche Neueinstellungen, Stellenbesetzungen und Aufstockungen gefördert werden können.

Buchstabe a regelt die Förderung in Bezug auf Hygienefachkräfte und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben a. Diese Förderungsmöglichkeit wird nicht verlängert und läuft somit wie vorgesehen mit Ablauf des Jahres 2019 aus. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 hat gezeigt, dass in diesem Bereich die Anforderungen

weitestgehend erreicht wurden. Aus diesem Grund wird diese Förderung nicht fortgesetzt. Die frei werdenden finanziellen Kapazitäten werden insbesondere zur Förderung des Bereiches ABS verwendet. Die Buchstaben b bis d regeln die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung (Buchstabe b) sowie die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Buchstabe c und d). Abweichend von den bisherigen Regelungen wird die Förderung hier um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert. Buchstabe c nennt wie bisher auch Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, damit entsprechende laufende Förderungen fortgeführt werden können. Entsprechende Personalmaßnahmen werden in Buchstabe c aber nur noch erfasst, wenn sie bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden sind. Für später erfolgende Personalmaßnahmen gelten geringere Anforderungen. Nach dem neuen Buchstaben d werden nach dem 31. Dezember 2019 erfolgende Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene auch ohne das Vorliegen einer weiteren Fortbildung gefördert. Für die Förderung von nach dem 31. Dezember 2019 erfolgenden Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Personen mit Fortbildung im Bereich ABS gilt der neue Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c, der auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Expertise und nicht nur auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker Anwendung findet. Buchstabe e regelt die Förderung in Bezug auf hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte und fasst die Inhalte des bisherigen Buchstaben d und des bisherigen Satzes 2 Nummer 2, der die Fördermöglichkeit entgegen der Angabe des Förderzeitraums bis zum Ablauf des Jahres 2016 begrenzt, zusammen.

Nummer 2 regelt die geförderten Fort- oder Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 2. Die Förderung in diesem Bereich wird bis zum Jahr 2022 verlängert.

In Buchstabe a wird die Höhe der jährlichen Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin ab dem Jahr 2020 um 10 000 Euro auf 40 000 Euro erhöht. Außerdem wird geregelt, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen auch dann gefördert wird, wenn sie den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses übersteigt. Um die Inanspruchnahme von Facharzt-Weiterbildungen zu erhöhen, muss sichergestellt sein, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen pro Einrichtung auch über den Eigenbedarf einer Einrichtung hinaus erfolgen kann. Angesichts der wenigen Weiterbildungsstätten und des noch bestehenden Mangels an entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten sollen die Weiterbildungen ohne eine zahlenmäßige Begrenzung erfolgen und gefördert werden können. Die Aussage, dass spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen auch über

das Jahr 2022 hinaus gefördert werden, ersetzt die Ausnahmeregelung für die Weiterförderung bestimmter begonnener Fort- und Weiterbildungen im bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz und verlängert dabei die Frist um drei Jahre.

In Buchstabe b wird die Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie nun ebenfalls über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus ermöglicht. Außerdem wird in Buchstabe b die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Weiterbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert.

Buchstabe c entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben c, wobei auch hier die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Fortbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert wird.

Buchstabe d entspricht dem bisherigen Buchstaben d, wobei die Bezeichnung „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ durch die Bezeichnung „strukturierte curriculare Fortbildung Antibiotic Stewardship (ABS)“ ersetzt wird. Hintergrund für die geänderte Bezeichnung ist, dass für die „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ mittlerweile ein von der Bundesärztekammer verabschiedetes Curriculum mit dem Titel „strukturierte curriculare Fortbildung ‚Antibiotic Stewardship (ABS)‘“ vorliegt.

Die bisherigen Buchstaben e und f entfallen ersatzlos, so dass die Fortbildung zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt und die Fortbildung zur Hygienefachkraft wie bereits im bisherigen Satz 1 vorgesehen nur bis zum 31. Dezember 2019 gefördert werden.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 3, wobei die Ausnahmeregelung über den längeren Förderzeitraum aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz integriert und dieser Zeitraum um drei Jahre bis zum Jahr 2026 einschließlich verlängert wird.

Satz 2 greift die Tatbestände des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 mit einem verlängertem Förderzeitraum auf und baut sie im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung und der Förderung des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika, dem sogenannten ABS, zu einem zweiten Schwerpunkt des Förderprogramms aus. Mit ABS sind koordinierte, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmen gemeint, die den Einsatz von Antiinfektiva in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz sowie von Daten zu Antibiotikaverbrauch und -resistenz nachhaltig verbessern sollen. Diese sind nötig, da der Anteil an resistenten Erregern bei nosokomialen Infektionen

zunimmt und dem sachgerechten Einsatz von Antibiotika bei der Behandlung von Infektionen im Krankenhaus eine zunehmende Rolle zukommt. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Anforderungen an den Einsatz von Antibiotika ist die Verfügbarkeit von Teams aus Krankenhaushygienikern, ABS-Kräften und Infektionsmedizinerinnen eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern. Das ABS-Team soll krankenhaushausweit und abteilungsübergreifend arbeiten. Seine Hauptaufgabe besteht in der Ausarbeitung und Umsetzung eines auf die lokalen Bedürfnisse, die Möglichkeiten und die Situation des Krankenhauses zugeschnittenen ABS-Programms unter Berücksichtigung von Daten zum Einsatz von Antibiotika, zu Infektionserregern und zur Resistenz. Zu den weiteren Aufgaben gehören u.a. auch die Erstellung und Implementierung hausinterner Empfehlungen und Behandlungspfade zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der wichtigsten Infektionskrankheiten. Der neue Schwerpunkt knüpft an die im bisherigen Satz 2 bereits bestehenden Fördertatbestände im Bereich Infektiologie an. Neu ist, dass auch die Förderung der Neueinstellung und Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten in diesem Bereich vorgesehen ist. Im Gegensatz zu dem in Satz 1 geregelten Bereich Hygiene, für den es Kommissionsempfehlungen und Vorgaben der Länder nach § 23 Absatz 8 IfSG für die personelle Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal gibt, gibt es für den Bereich des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika bislang keine verbindlichen Anforderungen an das Vorhandensein von Personal, das für die Beratung für eine rationale Antibiotikatherapie ausgebildet oder geschult ist.

Nummer 1 regelt in Bezug auf den vorgenannten Bereich die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten. Gefördert werden nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, also nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Personalmaßnahmen. Der Förderzeitraum läuft jeweils bis einschließlich 2022.

Nach Buchstabe a werden Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie sowie nach Buchstabe b von Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie jeweils in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit infektionsmedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen und deren Nachsorge sowie der individuellen Prophylaxe. Die Fachärztinnen und Fachärzte nach Buchstabe a und b sind besonders geschult und qualifiziert, durch infektiologische Konsiliartätigkeit sachgerechte Infektionsdiagnostik und rationale Antiinfektiva-Verordnung auch im komplexen Einzelfall zu sichern, die Umsetzung hausinterner Empfehlungen zu verbessern und ein direktes Feedback an die Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fachabteilungen zu geben.

Buchstabe c regelt die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen bei Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen und Experten für ABS mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“. Diese



ABS-Experten sollen wie auch die infektiologischen Fachärzte in ABS-Teams tätig sein und eine rationale Antiinfektiva-Verordnung unterstützen. Die Maßnahmen werden in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese Regelung greift mit aktualisiertem Wortlaut die Förderung nach dem bisherigen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern auf (Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie), die im neuen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c noch enthalten ist. Buchstabe c erweitert die Förderung personell über Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker hinaus auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Fortbildung und gilt für nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Maßnahmen. Die Fortbildung zur ABS-Expertin oder zum ABS-Experten erfolgt in von den Landesärztekammern anerkannten Kursen zur „strukturierten curricularen Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ und umfasst derzeit 160 Unterrichtsstunden einschließlich einer zu präsentierenden Abschlussarbeit.

Nummer 2 regelt die Förderung von Fort- und Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe a. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. In der Formulierung wird klargestellt, dass es sich bei dem pauschalen Zuschuss zur Förderung der – etwa einjährigen – Weiterbildung um einen einmaligen Zuschuss handelt.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship und entspricht der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe b mit einer verlängerten Laufzeit. Die Laufzeit der Förderung wird hier zur Angleichung an die in Satz 1 Nummer 3 genannte Laufzeit bis 2026 verlängert.

Satz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 3 und wird aufrechterhalten, damit auch entsprechende noch nicht abgelaufene Förderungen nach Satz 1 Nummer 1 fortgeführt werden können.

Satz 4 regelt Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung für Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 1. Die Klinikleitung hat danach schriftlich zu bestätigen, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist. Zudem muss sie nachweisen, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich ABS informiert wurde, um dessen Inanspruchnahme zu fördern. Der Nachweis kann z. B. durch Vorlage entsprechender Hausinformationen und des Organigramms der Einrichtung mit entsprechenden Informationen erbracht werden.

Der neu eingefügte Satz 6 stellt klar, dass die Förderung von Neueinstellungen, interner Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die zum Jahresende 2019 auslaufende 90 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von Hygienefachkräften (§ 4

Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) und die bereits zum Jahresende 2016 ausgelaufene 10 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d) bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Finanzierungsbetrags erhöhend zu berücksichtigen sind.

Die Sätze 7 bis 9 entsprechen den bisherigen Sätzen 5 bis 7 mit zwei Folgeänderungen bei den Bezugnahmen auf den nunmehrigen Satz 6.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel für sämtliche Personaleinstellungen im Rahmen des Hygieneförderprogramms entsprechend der dreijährigen Verlängerung nicht bereits für das Jahr 2020, sondern die Summe der im jeweiligen Land im Jahr 2022 gezahlten Finanzierungsbeträge bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2023 erhöhend zu berücksichtigen sind. Soweit zum Zeitpunkt der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2023 im Herbst 2022 die relevanten Finanzierungsbeträge noch nicht abschließend feststehen, sind diese zu schätzen. Entstehende Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.

## **Änderungsantrag 26**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 6a Absatz 2 und 3 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit,  
Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung  
des Jahresabschlussprüfers)

Artikel 4 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

4. § 6a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind der Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angaben „30. September“ ersetzt.

### Begründung

Zu Buchstabe a

Die Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 5 entspricht dem Gesetzentwurf.

Mit der Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 9 - neu - wird für den Bereich des Pflegebudgets, das auf der Erstattung der Kosten des Krankenhauses basiert, möglichen Fehlentwicklungen für die Beschäftigung

von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus entgegengewirkt. Vorgegeben wird, dass bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis die über eine tarifvertragliche Vergütung hinausgehenden Zusatzkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die Kosten von Vergütungen für Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind damit im Rahmen des Pflegebudgets bis zur Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen berücksichtigungsfähig. Zusätzlich sind bei Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus auch die Kosten für die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

Zu Buchstabe b

Nach bisherigem Recht haben die Krankenhäuser den Kostenträgern und dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) im Zusammenhang mit dem Pflegebudget bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Vielfach wird diese Frist in der Praxis nicht eingehalten werden können. Nach § 4 Absatz 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sollen die Krankenhäuser bis zum 30. April den Jahresabschluss für das Vorjahr aufstellen. Daher wird mit der Änderung von § 6a Absatz 3 Satz 3 die Frist für die Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers bei den Kostenträgern und beim InEK auf den 30. September verschoben.

## **Änderungsantrag 27**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 4 Nummer 7 (§ 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte)

Dem Artikel 4 wird folgende Nummer 7 angefügt:

,7. § 15 Absatz 2a Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Kann der krankhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren. Für krankhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung für das Jahr 2020 abweichend von Absatz 2 Satz 3 die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe von nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelten zu mindern ist.“

#### Begründung

Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser über tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird der krankhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6 Absatz 4 mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert. Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 noch nicht berechnet werden kann, ist nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 146,55 Euro zugrunde zu legen. Der Betrag wird mit der entsprechenden tagesbezogenen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs multipliziert, um die tagesbezogenen Pflegeentgelte bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets zu ermitteln. Damit werden die bisher im Gesetz festgelegten tagesbezogenen Werte in Höhe von 130 Euro und 65 Euro ersetzt und

eine aufwandsgerechtere Zuordnung von Pflegepersonalkosten zu einem Fall ermöglicht. Für die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden dadurch keine Vorfestlegungen zu dessen Höhe getroffen.

Zur Ermittlung des vorläufigen Betrags wurde die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelte Bezugsgröße bei der Kalkulation des Pflegeerlöskataloges für das Jahr 2020, die auf Daten aus dem Jahr 2018 beruht, zugrunde gelegt und mit den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerten für Personalkosten für die Jahre 2019 und 2020 fortgeschrieben.

Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte nach § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind nach Satz 2 bei einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets ebenfalls Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts nach Satz 1 abzurechnen. In Abweichung zu Absatz 2 Satz 3 ist hierzu die Höhe der bisherigen krankenhausesindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern. Ziel der Regelung ist es, eine temporäre Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten auszuschließen. Für krankenhausesindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind nach Absatz 2 Satz 3 die bisherigen Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen keine abweichenden Vereinbarungen treffen.

Die in den Sätzen 1 bis 2 festgelegte Berechnungsweise der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte gilt bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020.

## Änderungsantrag 28

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 4 Nummer 8 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG)

Dem Artikel 4 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„8. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach den Fachabteilungen des Standorts sowie für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten pflegesensitiven Bereichen gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen;“.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Unberührt von Satz 1 hat die Datenstelle für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Der Abschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro. Zur Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 wird ein Abschlagsfaktor gebildet, indem die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts durch die Anzahl der Pflegevollkräfte, für die vollständig und rechtzeitig Daten übermittelt wurden, dividiert wird, wobei als Nenner mindestens die Zahl 1 anzunehmen ist. Der Abschlagsfaktor ist

kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden und mit dem Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro zu multiplizieren. Übermittelt ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte, hat die Datenstelle die Anzahl der Pflegevollkräfte für die Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 sachgerecht zu schätzen.“

- bb) Im neuen Satz 7 werden nach dem Wort „Verstöße“ die folgenden Wörter „und die Höhe des Abschlags nach Satz 2“ eingefügt.
- cc) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Wörter „die Abschläge nach Satz 1 und 2“ angefügt. ‘

### Begründung

#### Zu Buchstabe a

Die Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht im Zusammenhang mit der Datenübermittlung zur Anzahl des Pflegepersonals im Krankenhaus ab dem Datenjahr 2019 verschiedene Weiterentwicklungen vor. Neben dem in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen insgesamt beschäftigten Pflegepersonal ist zukünftig auch die Anzahl des darüber hinaus im Krankenhaus insgesamt beschäftigten Pflegepersonals zu erfassen. Dies ist erforderlich, um die Validität der übermittelten Daten im Zusammenhang mit der Ermittlung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j SGB V prüfen zu können. Dabei ist sowohl die Vollkräftezahl des insgesamt im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals als auch die Vollkräftezahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals jeweils aufzugliedern nach Berufsbezeichnungen, nach pflegesensitiven Bereichen, nach Standorten und nach Fachabteilungen. Zudem werden Folgeänderungen vorgenommen, die sich daraus ergeben, dass die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 durch Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 137i Absatz 3 SGB V weiterentwickelt werden.

#### Zu Buchstabe b

Die Übermittlung der differenzierten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals ist von hoher Bedeutung für die Realisierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sowie der Untergrenze für die Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j SGB V. Dem Umstand, dass eine umfassende, vollständige und fristgerechte Datenübermittlung der Krankenhäuser insoweit unverzichtbar ist, wird die bestehende fallbezogene Abschlagsregelung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 nicht gerecht und wird nun mit einem deutlich fühlbaren standortbezogenen Abschlagsbetrag in Höhe von mindestens 20 000 Euro je nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e



Rechnung getragen. Der Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro ist mit dem Quotienten aus der Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts und der Anzahl der Pflegevollkräfte, für die Daten ordentlich übermittelt wurden, zu multiplizieren. Der Quotient ist zuvor kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Um einen Abschlagsbetrag ermitteln zu können, ist für Zwecke der Abschlagsermittlung die Zahl der je Krankenhausstandort übermittelten Pflegevollkräfte mindestens mit der Zahl 1 anzunehmen. Die Abschlagsberechnung zielt darauf ab, dass geringe Übermittlungsausfälle im Vergleich zu umfassenden Nichtübermittlungen zu geringeren Erhöhungen des Mindestabschlagsbetrags führen. Die maximale Abschlagshöhe ist auf 500 000 Euro begrenzt. Sofern ein Krankenhaus für einen Standort keine Angaben zur Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte übermittelt, hat die Datenstelle die fehlende Angabe auf der Grundlage der verfügbaren Leistungsdaten des Krankenhauses sachgerecht zu schätzen. Hierzu bieten sich insbesondere die Zahl der erbrachten Krankheitsfälle an dem Krankenhausstandort und weitere vorliegende Informationen zu Krankenhausstandorten an, die vergleichbare Leistungen erbringen. Die Datenstelle erhält die maßgeblichen Informationen, um die jeweilige Höhe des Abschlags nach dem beschriebenen Berechnungsverfahren anhand des krankenspezifischen Meldeverhaltens zu bestimmen, und leitet den ermittelten Abschlagsbetrag zur Berücksichtigung an die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter.

## **Änderungsantrag 29**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 6 Nummer 0 (§ 2 der Bundespflegesatzverordnung)

(Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen)

In Artikel 6 wird vor Nummer 1 folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung.“ ‘

### Begründung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes. Für unter § 1 der Bundespflegesatzverordnung fallende Krankenhäuser, also psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, werden die Kosten für Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung künftig ebenfalls unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern abgerechnet. Damit findet bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, unabhängig davon, ob somatische Krankenhäuser oder psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen die Leistungen erbringen, eine einheitliche Vorgehensweise für die Abrechnung der Kosten von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern statt.

## **Änderungsantrag 30**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 18 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung)

(Erweiterung der Nachweispflicht über die  
verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus)

Dem Artikel 6 wird folgende Nummer 3 angefügt:

,3. In § 18 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.'

#### Begründung

Nach § 18 Absatz 2 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2020 die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen, die bei der Verhandlung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind. § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 gibt verbindlich vor, dass eventuelle Mehrkosten durch die Festlegungen des G-BA in der einzelnen Einrichtung im Rahmen der Budgetverhandlung erhöhend zu berücksichtigen sind. Ergebnis der in einer nicht abschließenden Aufzählung genannten und zu berücksichtigenden Tatbestände soll ein leistungsorientierter Gesamtbetrag sein. Insofern kann eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal auch ohne das Bestehen konkreter Personalanzahlzahlen für eine angemessene personelle Ausstattung in den Budgetverhandlungen nicht nur getroffen werden, sondern ist im Hinblick auf die Konzipierung der vom G-BA festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal als Mindestvorgaben vielmehr auch angezeigt. Die Verhandlung der von den besonderen Umständen im Einzelfall, beispielsweise den strukturellen oder regionalen Besonderheiten, abhängenden Finanzmittel für die Personalausstattung ist folglich (über die Sicherstellung der Mindestpersonalvorgaben hinaus) den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene überlassen. Zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden Verwendung aller Mittel, die auf Ortsebene für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal vereinbart werden, wird die Nachweisverpflichtung in § 18 Absatz 2 Satz 3 erweitert. Infolge

der Regelung ist auch für Mittel, die für therapeutisches Personal vereinbart worden sind, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht, die zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen und ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

## **Änderungsantrag 31**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 10 Nummer 4 (§ 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe)

In Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa werden nach dem Wort „ersetzt“ die Wörter ‚und werden die Wörter „bis zum 30. November 2016“ gestrichen‘ eingefügt.

### Begründung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

## **Änderungsantrag 32**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Änderungen und Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 15 wird § 53c Absatz 3 wie folgt gefasst:

„(3) Die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erteilt wurde. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt der Umstellung das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt insbesondere auch die ihm nach § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 1b, § 18b, § 53a, § 53b, § 53c, § 112a, § 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.“

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, insbesondere auch um Folgeänderungen zur Änderung von § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich der Benennung des Zeitpunktes der Umstellung zum Ablauf des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erfolgt ist. Die Einfügung der Wörter „insbesondere auch“ in Satz 3 dient der Klarstellung, da die danach genannten Vorschriften sich nur auf die Aufgaben beziehen, bei denen die Zuständigkeit geändert wird.

## **Änderungsantrag 33**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

In Artikel 10 Nummer 15 werden in § 53d Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ die Wörter „und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste“ eingefügt.

### Begründung

Die Regelung stellt sicher, dass bei der Erstellung der in § 53d Absatz 3 SGB XI genannten Richtlinien das fachliche und praktische Erfahrungswissen der Medizinischen Dienste einbezogen wird. Damit wird eine Anregung des Bundesrates umgesetzt.

## **Änderungsantrag 34**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 10 Nummer 18 (§ 112a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe;  
redaktionelle Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 18 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

,b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt.’

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen; der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt.



## **Änderungsantrag 35**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 10 Nummer 22 (§ 114c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe;  
redaktionelle Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 22 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

„a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt, sowie die Wörter „bis zum 30. September 2019“ gestrichen.“

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt; die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

## **Änderungsantrag 36**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 13a - neu - (§ 13 Absatz 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes)

(Kostenerstattung für die Bundesärztekammer)

Nach Artikel 13 wird folgender Artikel 13a eingefügt:

### ,Artikel 13a Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl I S. 350) geändert worden ist, werden nach dem Wort „führt“ die Wörter „für den Bund“ eingefügt.‘

#### Begründung

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch wurde der Bundesärztekammer (BÄK) in § 13 Absatz 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die Aufgabe übertragen, eine Liste mit Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen zu führen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches durchführen. Die Liste wird jeweils aktualisiert zum 1. eines Monats von der BÄK auf ihrer Website veröffentlicht. Sie wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sowie den Ländern so rechtzeitig zur Verfügung gestellt, dass die BZgA ihre Veröffentlichung der Liste zeitgleich mit der Veröffentlichung der BÄK vornehmen kann. Mit dieser Vorschrift zieht der Bund die Verwaltungsaufgabe gemäß Artikel 87 Absatz 3 des Grundgesetzes an sich und beauftragt die BÄK mit der Durchführung. Durch die Übertragung dieser Aufgaben entstehende Aufwendungen werden der BÄK durch den Bund ersetzt. Das Nähere regelt ein Vertrag.

Durch die Kostenübernahme entstehen dem Bund zusätzliche Aufwendungen in Höhe von einmalig rund 50 000 Euro und jährlich rund 72 500 Euro (vgl. BT-Drs. 19/7834). Die Aufwendungen werden aus dem Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit beglichen.