

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 4b, 5, 5a, 16d, 16f, 20a, 22 (§§ 71, 73, 83, 268, 273, 303, 305a SGB V)

(Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung,
Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostruk-
turausgleich und Erhebung eines Regionalkennzei-
chens)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

,4b. Dem § 71 Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 7 gelten auch für Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3.“ ‘

2. Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

,5. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen“ eingefügt.

b) In Absatz 8 Satz 7 werden ... *[wie Gesetzeswortlaut]*. ‘

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

,5a. Dem § 83 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein;

§ 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Satz 4 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“

4. Nach Nummer 16c wird folgende Nummer 16d eingefügt:

,16d. Dem § 268 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Januar 2018 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.“ ‘

5. Nach Nummer 16e wird folgende Nummer 16f eingefügt:

,16f. § 273 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des Bundesversicherungsamts diesem weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in einer von diesem gesetzten angemessenen Frist zu liefern; legt die Krankenkasse die geforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist vor, kann das Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen.“ ‘

6. Nach Nummer 20 wird folgende Nummer 20a eingefügt:

,20a. Dem § 303 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Abs. 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.“ ‘

7. Folgende Nummer 22 wird angefügt:

,22. Dem § 305a wird folgender Satz angefügt:

„Eine Beratung des Vertragsarztes durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ist unzulässig.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 4b (§ 71)

Nach § 140a Absatz 1 Satz 3 gelten Verträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a.F. fort. Dieser Bestandsschutz ist allerdings für Verträge nicht gerechtfertigt, deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Solche Verträge erfüllen weder die gesetzlichen Voraussetzungen des alten Rechts noch die des geltenden § 140a. Nach § 140a Absatz 1 können die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Vereinbarung einer Honorierung eines Leistungserbringers allein für ein bestimmtes Abrechnungs- oder Kodierverhalten ohne die Vereinbarung konkreter Versorgungsleistungen zu Gunsten des Versicherten erfüllt nicht die gesetzlichen Anforderungen. Ein Vertrag nach § 140a Absatz 1 setzt zudem voraus, dass der Versicherte eine Teilnahmeerklärung und nach vorheriger Information über die erforderlichen Datenverwendungen auch eine datenschutzrechtliche Einwilligung schriftlich erteilt. Da sowohl nach neuem als auch nach altem Recht derartige Verträge, die die Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen zum Gegenstand haben, rechtswidrig und damit unzulässig sind, wird klargestellt, dass für Alt- und Neuverträge die gleichen aufsichtsrechtlichen Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen und zur Vertragsbeendigung nach § 71 Absatz 6 gelten. Die zuständige Aufsichtsbehörde und die betroffenen Vertragsparteien haben alle erforderlichen Maßnahmen zur unverzüglichen Beendigung rechtswidriger Vertragsgestaltungen – bis hin zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages – zu ergreifen.

Zu Nummer 5 (§ 73)

Die Regelung stellt klar, dass neben dem Verbot von Zuweisungen von Versicherten gegen Entgelt auch ein vertragsärztliches Fehlverhalten gegeben ist, wenn Vertragsärztinnen und Vertragsärzte allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung (ergänzend zur regulären Vergütung) oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Das ärztliche Handeln ist am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen Ärztinnen und Ärzte nicht eigene wirtschaftliche Interessen oder das Interesse Dritter über dieses Wohl stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diesen Tatbestand bei der Verhängung von Sanktionsmaßnahmen entsprechend ihrer Satzungsbestimmungen gemäß § 81 Absatz 5 zu berücksichtigen.

Zu Nummer 5a (§ 83)

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich im Oktober 2016 einen Überblick über sogenannte Betreuungsstrukturverträge verschafft, deren Hauptzweck darin bestehen kann, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. In der Vertragspraxis wurden solche Verträge auch als Gesamtverträge oder als Anlagen zum Gesamtvertrag vereinbart. Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen bzw. sogenannte Betreuungsstrukturverträge nur auf selektivvertraglicher Grundlage (§ 140a) und nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können. Die Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen werden durch Gesamtverträge geregelt (§ 82 Absatz 2 Satz 1). Diese Vergütungen sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren (§ 87a Absatz 1 bis 3). Die Aufsichtsbefugnisse in entsprechender Anwendung des § 71 Absatz 6 finden ausschließlich gegenüber den kassenseitigen Vertragspartnern nach § 83 Anwendung. Sie finden hingegen keine Anwendung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertragspartnerin des Gesamtvertrages nach § 83 SGB V ist. Damit wird die Systematik des § 71 Absatz 6 gewahrt, nach der aufsichtsrechtliche Befugnisse sich nicht auf die jeweiligen Vertragspartner der Krankenkassen erstrecken (vergleiche hierzu bereits Begründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, BT-Drs. 18/4095, dort Seite 84).

Klarestellt wird auch, dass die Neuregelung nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt, da die Verpflichtung zur Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen bei ärztlicher Behandlung nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nur für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und nicht bei zahnärztlicher Behandlung besteht.

Zu Nummer 16d (§ 268)

Für Zwecke der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs und seiner Datengrundlagen sind eine regionale Zuordnung der Versicherten und damit die Erhebung des amtlichen Gemeindefachschlüssels des Wohnorts durch die Krankenkassen notwendig. Auf Grundlage dieser Daten können wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesversicherungsamts (BVA) erfolgen.

Auch für die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273) ist die regionale Zuordnung der Versicherten erforderlich. Das BVA benötigt für seine Prüfung zur Feststellung von Auffälligkeiten und die Einzelfallprüfung bei betroffenen Krankenkassen nach § 273 Absatz 2 und 3 eine Regionalkennziffer als zusätzliches Analysemerkmal, um bei der Untersuchung der von den Krankenkassen übermittelten Daten auch regionale Auffälligkeiten feststellen zu können. Dies verbessert zum Beispiel die Möglichkeit, Auffälligkeitsprüfungen im Hinblick auf die Entwicklung der übermittelten Diagnosekodierungen im Bereich der sog. Selektivverträge durchzuführen. Auch regional durchgeführte, unzulässige Nacherfassungen von Diagnosen können so besser erkannt werden.

Der amtliche Gemeindegemeinschaftsschlüssel ist für diese Zielsetzungen als Regionalkennziffer am besten geeignet. Versicherte, die ihren Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben, sind bei der Erhebung nicht zu erfassen, da für diese Versicherten kein amtlicher Gemeindegemeinschaftsschlüssel existiert. Für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten gelten die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 7 entsprechend. Damit ist der Datenschutz für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung dieser personenbezogenen Daten sichergestellt. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll.

Zu Nummer 16f (§ 273)

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

Zu Nummer 20a (§ 303)

Die vorbehaltlose und umfassende Möglichkeit zur Korrektur und Ergänzung der für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen von den Leistungserbringern – einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – übermittelten Diagnosedaten, sind entsprechend der gesetzlichen Intention restriktiv zu handhaben, um missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel auszuschließen. Dies stellt die Regelung klar. Die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, trifft einzig den Leistungserbringer. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt (§ 295 Absatz 1). Die vom Leistungserbringer an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung der Leistungen übermittelten Diagnoseschlüssel sind daher von der Kassenärztlichen Vereinigung unverändert an die Krankenkasse zu übermitteln. Lediglich in berechtigten Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern sehen die

gegenwärtigen Regelungen im Bundesmantelvertrag zum Datenträgeraustausch Korrekturmöglichkeiten vor. Insbesondere wird klargestellt, dass nachträgliche Erhebungen von Diagnosedaten auch im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106d unzulässig sind. Eine Korrektur von fehlerhaft oder unvollständig übermittelten administrativen Daten der Leistungserbringer (z. B. Institutionskennzeichen oder Arztnummer) und der Versicherten (Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1) bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 22 (§ 305a)

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkassen nur in den gesetzlich geregelten Fällen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beraten dürfen. Deshalb stellt die Regelung klar, dass es im Rahmen der Regelversorgung nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Vertragsärztinnen und die Vertragsärzte im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Einzelfälle, in denen sogenannte Kodierberatungen durchgeführt worden sind, sind den Aufsichtsbehörden bekannt und aufsichtsrechtlich aufgegriffen worden, um sicherzustellen, dass keine nachträgliche Bearbeitung der Datengrundlage erfolgt (hierzu wird auch auf die Klarstellung in § 303 Absatz 4 verwiesen). Im gesetzlichen Rahmen weiterhin zulässig sind Beratungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit der von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen nach Satz 1 (vgl. auch § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sowie Satz 5).

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 6a und 6b (§§ 117, 120 SGB V)

(Leistungsumfang der Hochschulambulanzen
als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für
Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)

Nach Artikel 1 Nummer 6 werden die folgenden Nummern 6a und 6b eingefügt:

6a. Dem § 117 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen nach den Absätzen 1 und 2 sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. § 137c Absatz 3 gilt entsprechend.“

6b. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 2“ die Wörter „oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4“ eingefügt.

Begründung:

Zu Nummer 6a (§ 117)

Vor dem Hintergrund, dass aus der historischen Entwicklung heraus (Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) die Hochschulambulanzen dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet werden, gilt dort im Grundsatz das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Absatz 1. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – ausdrücklich anerkannt hat.

Im Zuge der Erweiterung des § 117 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211), durch die Hochschulambulanzen nunmehr auch zur ambulanten Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ermächtigt sind, ist – vergleichbar zur Regelung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b Absatz 1 Satz 3 – die Einführung einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch für die von den Hochschulambulanzen angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sachgerecht. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Zugang zu den Hochschulambulanzen in der Regel eine Überweisung eines Facharztes voraussetzt und die Patientinnen und Patienten wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen. Vergleichbar zu den an der ASV teilnehmenden Ambulanzen ist die Leistungserbringung auch bei den Hochschulambulanzen geprägt von hoher Spezialisierung, Interdisziplinarität und Kooperation. Insofern ist die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt eine folgerichtige Weiterentwicklung für die Versorgung durch die Hochschulambulanzen.

Entsprechend der geltenden Vorgaben für die stationäre Versorgung in § 137c Absatz 3 soll auch für die ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen gelten, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat, angewandt werden dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert ist. Die Notwendigkeit einer Aufnahme ins Krankenhaus, die nach § 39 Absatz 1 Satz 2 Voraussetzung für einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist, gilt demgegenüber nicht für die ambulante Behandlung in einer Hochschulambulanz.

Zu Nummer 6b (§ 120)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung wird eine redaktionelle Korrektur vorgenommen und eine Frist für die gesetzlich vorgesehene Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 durch Anpassung der Vereinbarungen zur Vergütung von Hochschulambulanzen erstmals bis zum 1. Juli

2017 gesetzt. Damit soll eine zeitnahe Anpassung der Vergütung der Hochschulambulanzen erreicht werden. Die Grundsätze wurden durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 9. Dezember 2016 als Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) festgesetzt. Zudem erfolgt eine dynamische Fristvorgabe zur Berücksichtigung von Änderungen der HSV-SV bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer weiterentwickelten HSV-SV. Nach § 6 der HSV-SV soll die HSV-SV nach dem Vorliegen von Daten aus zwölf Abrechnungsquartalen ab Beginn der elektronischen Übermittlung der Informationen weiterentwickelt werden.

Gemäß § 120 Absatz 2 Satz 3 muss die vereinbarte Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Durch das GKV-VSG wurde auf die bisherige Vorgabe verzichtet, wonach bei der vereinbarten Vergütung der Leistungen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Einer notwendigen Anpassung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen an die HSA-SV steht der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nicht entgegen. Die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen einer Hochschulambulanz bestimmt sich vielmehr vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität nach der gemessen am Leistungsspektrum wirtschaftlichen Betriebsführung der Hochschulambulanzen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. Mai 2015, B 6 KA 20/14 R, zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen eines sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle). In Analogie zu den Entscheidungsgründen dieses Urteils schließt der Grundsatz der Beitragsatzstabilität die Geltendmachung höherer Kosten durch eine Hochschulambulanz aufgrund ihres spezifischen Leistungsspektrums oder ihrer besonderen Kostenstruktur nicht aus, auch wenn dies im Einzelfall zu einer die maßgebliche Veränderungsrate übersteigenden Erhöhung der Vergütung führt. Wird festgestellt, dass nur mit einer bestimmten Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanz bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten ist, liegt ein Fall des § 71 Absatz 1 Satz 1 vor, da die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist.

Da zu Zwecken der Dokumentation nach Maßgabe der HSA-SV (vgl. § 3 Absatz 2 Satz 2 HSA-SV) eine Arztnummer nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 nicht verlangt werden kann, ist die Anwendung der Arzt- oder Zahnarzt Nummer auch kein Regelungsgegenstand der Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Hochschulambulanzen nach Absatz 2 Satz 4 zur Berücksichtigung der HSA-SV. Bei der Anpassung der Vereinbarungen nach Absatz 2 Satz 2 ist jedoch nach § 3 Absatz 2 Satz 3 bis 5 HSA-SV zu gewährleisten, dass die Kennzeichnung des Behandlungsfalls eine eindeutige Identifikation des Standortes und der Fachabteilung der HSA (sofern zuzuordnen) ermöglicht. Dabei ist die Betriebsstättennummer zu verwenden. Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 Satz 2.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass auch die durch die vorgesehene Änderung in § 120 Absatz 2 Satz 4 mit Frist versehene Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen der Hochschulambulanzen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 im Wege des Antragsverfahrens durch die Schiedsstelle festgesetzt werden kann.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 16e und Artikel 1e (§ 269 des fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 33a Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

(Folgegutachten Risikostrukturausgleich)

1. Nach Artikel 1 Nummer 16d wird folgende Nummer 16e eingefügt:

16e. § 269 wird wie folgt geändert:

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

„(3a) Das Bundesversicherungsamt gibt Folgegutachten in Auftrag, mit denen insbesondere die in den Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle auf Grundlage der nach § 30 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach den Absätzen 3b und 3c erhobenen Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 30 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach Absatz 3d übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu gewähren. Absatz 3 Satz 3 und 5 gilt entsprechend.

(3b) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Krankengeldausgaben der Krankenkassen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:

1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage,
4. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einschließlich des Datums der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und des Beginns der Arbeitsunfähigkeit,
5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
6. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
7. den Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Vierten Buches sowie
8. die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Vierten Buches.

(3c) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für diese Versichertengruppe insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:

1. das Grenzgängerkennzeichen,
2. das Länderkennzeichen des Wohnstaats.

Darüber hinaus erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse, und übermittelt diese an das Bundesversicherungsamt. Das

Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung nach Satz 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Es kann auch bestimmt werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, weitere für das Gutachten nach Satz 1 erforderliche nicht personenbezogene Daten zu Abrechnungen von Versicherten nach Satz 1 erhebt und an das Bundesversicherungsamt übermittelt.

(3d) Die Daten nach den Absatz 3b und Absatz 3c Satz 1 und 2 sind dem Bundesversicherungsamt erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 zu übermitteln; für die Erhebung und Übermittlung der Daten gilt § 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9 entsprechend. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung, zum Umfang sowie zum Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. Die Nutzung der Daten nach den Absätzen 3b und 3c ist auf die Zwecke nach den Absätzen 3b und 3c beschränkt. Das Bundesversicherungsamt oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, können den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen ausschließlich für die Zwecke der Folgegutachten nach den Absätzen 3b und 3c die jeweils erforderlichen versichertenbezogenen Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 in pseudonymisierter oder anonymisierter Form übermitteln, wenn eine ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme nach Absatz 3a Satz 2 und 3 aus organisatorischen oder technischen Gründen nicht ausreichend ist. Die nach Satz 4 übermittelten Daten sind von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen jeweils unverzüglich nach Übergabe der Gutachten an das Bundesversicherungsamt zu löschen. Die Löschung ist von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen dem Bundesversicherungsamt oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nachzuweisen.“

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „3d“ ersetzt.

2. Nach Artikel 1d wird folgender Artikel 1e eingefügt:

Artikel 1e

Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nach § 33 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, wird folgender § 33a eingefügt:

„§ 33a

Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Folgegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) In den Gutachten nach Absatz 1 sollen insbesondere die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), auf Basis von Daten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der Modelle zu beachten.

(3) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeldzahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Einbeziehung von weiteren Angaben gemäß § 269 Absatz 3b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in das Modell umsetzbar ist, ob dies zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells führt und ob ergänzend eine Regelung entsprechend § 41 Absatz 1 Satz 3 oder einer alternativen anteiligen Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Zudem ist ein gesondertes Modell zu entwickeln, in dem für jede Krankenkasse die Zuweisungen für die Aufwendungen für das

Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der diesbezüglich tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse zu ermitteln sind.

(4) Im Follegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 geprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und in welcher Form eine ergänzende Regelung entsprechend der Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Außerdem ist unter Beachtung von Absatz 2 Satz 2 zu prüfen, ob und wie alternativ ein Verfahren ausgestaltet werden kann, in dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte für jede Krankenkasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für diese Versicherten ermittelt werden.

(5) Die Gutachten nach Absatz 3 und 4 sind dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.“ ‘

Begründung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 16e (§ 269)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 3a

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat in seinem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 auf erheblichen Forschungsbedarf bei der zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, hingewiesen. Aufgrund der Komplexität dieser Thematik wurde mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um in den genannten Bereichen zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Mit dieser Vorschrift wird geregelt, dass auf der Grundlage der nach Absatz 3 erstellten Gutachten sowie gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer wissenschaftlicher Ergebnisse nun Follegutachten zu erstellen sind. In diesen Follegutachten sollen unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an die Weiterentwicklung des RSA (§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4) ausgewählte Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung der standardisierten

Ausgaben für Auslandsversicherte auf Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen geprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgabe, die Modelle zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, bedeutet, dass die Modelle im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens in einem nächsten Schritt die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können.

Die Überprüfung der Modelle auf der Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen ist insbesondere notwendig, um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Gutachten nach Absatz 3 auf Basis von Stichproben konzipierten Modelle keiner stichprobenbedingten Verzerrung unterliegen. Durch die Regelung in den Sätzen 2 und 3 wird klargestellt, dass die begutachtenden Personen bzw. Personengruppen (nachfolgend: die Gutachter) Einsicht in die von den Krankenkassen erhobenen und dem BVA zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA übermittelten Daten, in die bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) vorliegenden Daten sowie in die von den Krankenkassen nach den Absätzen 3b und 3c neu zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten nehmen können. D.h. den Gutachtern wird ein Einsichtsrecht im Sinne des § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b erste Alternative des Zehnten Buches in die im Gesetzestext genannten Daten beim BVA bzw. der DVKA eingeräumt.

Zu Absatz 3b

Die Regelung umfasst die zusätzliche Erhebung der Daten, die entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig sind zur Weiterentwicklung der dort entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld. Die Daten sollen – entsprechend der Zweckbindung der Datenerhebung für die Erstellung der Gutachten – als Vollerhebung für die Berichtsjahre 2016 und 2017 erhoben werden. Zur näherungsweise Bestimmung der versichertenindividuellen Krankengeldzahlbeträge („Preiseffekt“ beim Krankengeld) sind von den Krankenkassen jeweils die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit bzw. aus dem Bezug von Arbeitslosengeld zu melden sowie die Tage, an denen diese Einkommen jeweils erzielt wurden (Nummern 1, 2 und 3). Zudem sind Daten zur Morbidität (Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen – Nummer 4) und zu den jeweiligen Leistungsausgaben für Krankengeld und den jeweiligen Bezugszeiträumen (Nummern 5 und 6) zu übermitteln sowie Daten, mit denen die Modelle nach der jeweils ausgeübten Tätigkeit der Versicherten (Nummer 7) oder Merkmalen des jeweiligen Beschäftigungsbetriebs (Nummer 8) differenziert werden könnten. Mit Hilfe der versichertenbezogenen Daten zu den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen (Nummer 4) kann überprüft werden, ob die zusätzliche Berücksichtigung der krankengeldspezifischen Morbidität die Ausgestaltung zielgenauerer Modelle zum Krankengeld ermöglicht. Von der Regelung sind auch die Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen erfasst, die auf im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a von Kranken-

häusern ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anzugeben sind, da hierfür nach § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Durch die versichertenbezogenen Leistungsausgaben für das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 sowie die Bezugstage (Nummern 5 und 6) lassen sich die Modelle nach normalem Krankengeld und dem sogenannten Kinderpflegekrankengeld differenzieren. Mit den Daten zu den Tätigkeitsschlüsseln (Nummer 7) bzw. den betriebsbezogenen Merkmalen (Nummer 8) kann überprüft werden, ob eine Differenzierung der Modelle nach Branche oder Tätigkeit der Versicherten zu einer zielgenaueren Zuweisung führt.

Zu Absatz 3c

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

Zu Absatz 3d

Es wird bestimmt, dass die Daten nach den Absätzen 3b und 3c dem BVA erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu übermitteln sind. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Fragen des Datenumfangs bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Zudem wird für das BVA und die DVKA die Möglichkeit geschaffen, die ihnen vorliegenden, für die Gutachtenserstellung

jeweils erforderlichen Daten an die Gutachter zu übermitteln, falls die ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme gemäß Absatz 3a aus technischen oder organisatorischen Gründen unzureichend ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Bearbeitung der gutachterlichen Fragestellungen einer besonderen räumlichen oder informationstechnischen Infrastruktur bedarf, die nicht ohne erheblichen Aufwand bereitgestellt werden kann. Die Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA liegen beim BVA bereits in pseudonymisierter Form vor. Gleiches wird für die nach den Absatz 3b Satz 2 und Absatz 3c Satz 2 für die Erstellung der Folgegutachten zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten gelten. Bei der DVKA ist die Pseudonymisierung oder Anonymisierung der Daten vor Einsichtnahme bzw. Übermittlung an die Gutachter herzustellen, sofern es sich dabei um versichertenbezogene Daten handelt. Die Daten dürfen jeweils ausschließlich für die in den Absätzen 3b und 3c genannten Zwecke (Gutachtenerstellung) genutzt werden. Nach Übergabe der jeweiligen Gutachten an das BVA sind die an die Gutachter übermittelten Daten unverzüglich zu löschen. Diese Löschung ist gegenüber dem BVA oder der DVKA in Form eines Löschprotokolls nachzuweisen, aus dem Datum- und Zeitangabe der Löschung, das Löschverfahren sowie die Person, welche die Löschung vorgenommen hat, hervorgehen. Bei den in Absatz 3c Satz 3 genannten Daten (Datenlieferung der DVKA an das BVA) ist dies nicht erforderlich, da es sich hier nicht um versichertenbezogene, sondern um statistische – und somit anonymisierte – Daten handelt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 1e (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

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

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

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten näher bestimmt: Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde mit dem GKV-FQWG ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um bei den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Nachdem die Erstgutachten zu diesen beiden Themen vorliegen, steht in den Folgegutachten nunmehr insbesondere die Überprüfung der in den Erstgutachten aufgeführten Modelle sowie deren Weiterentwicklung auf der Grundlage von Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen im Fokus. Dabei sind die weiteren gesetzlichen Vorgaben gemäß

§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 SGB V zu beachten (Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten, Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion, Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen). Neben den Ergebnissen der nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgelegten Gutachten sind von den Gutachtern dabei jeweils auch weitere aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum jeweiligen Themenfeld zu berücksichtigen. Die Modelle sind zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, d.h. die Modelle sollen im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können.

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

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

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

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

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu den Artikeln 1f und 1g (§ 19 Krankenpflegegesetz, § 11a Bundes-Apothekerordnung)

(18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis)

Nach Artikel 1e werden die folgenden Artikel 1f und 1g eingefügt:

„Artikel 1f

Änderung des Krankenpflegegesetzes

Dem § 19 Absatz 3 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Wird die Meldung nach Satz 1 mittels eines Europäischen Berufsausweises vorgenommen, ist abweichend von Satz 4 die Meldung 18 Monate nach Ausstellung des Europäischen Berufsausweises zu erneuern.“

Artikel 1g

Änderung der Bundes-Apothekerordnung

Nach § 11a Absatz 2 Satz 2 der Bundes-Apothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Wird die Meldung nach Satz 1 mittels eines Europäischen Berufsausweises vorgenommen, ist abweichend von Satz 2 die Meldung 18 Monate nach Ausstellung des Europäischen Berufsausweises zu erneuern.“ ‘

Begründung

Zu Artikel 1f (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

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

Zu Artikel 1g (Änderung der Bundes-Apothekerordnung)

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

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1h (§ 32 Notfallsanitätergesetz)

(Notfallsanitäter)

Nach Artikel 1g wird folgender Artikel 1h eingefügt:

„Artikel 1h

Änderung des Notfallsanitätergesetzes

§ 32 Absatz 2 des Notfallsanitätergesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das durch Artikel 30 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach den Wörtern „Eine Person, die“ die Wörter „bei Inkrafttreten dieses Gesetzes“ gestrichen.
2. In Satz 2 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach den Wörtern „eine Person, die“ die Wörter „bei Inkrafttreten des Gesetzes“ gestrichen.‘

Begründung

Zu Artikel 1h (Änderung des Notfallsanitätergesetzes)

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

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

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

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

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu den Artikeln 1i, 1j und 1k (VVG, BEEG, KVAV)

(Mutterschutz)

Nach Artikel 1h werden die folgenden Artikel 1i, 1j und 1k eingefügt:

„Artikel 1i

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 20 Absatz 3 des Gesetzes vom 23. Februar 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 192 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„Er ist außerdem verpflichtet, den Verdienstaufschlag, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen, soweit der versicherten Person kein anderweitiger angemessener Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht.“
2. In § 208 Satz 1 werden nach dem Wort „Von“ die Wörter „§ 192 Absatz 5 Satz 2 und“ eingefügt.

Artikel 1j

Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung

Die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 780) wird wie folgt geändert:

1. Dem § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Teilkopfschäden für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 sind für alle Alter gesondert zu ermitteln. Die entsprechenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden sind auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen.“

2. § 25 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Als Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die

1. in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet;
2. auf Grund des § 192 Absatz 5 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes erbracht werden in den dort maßgeblichen Zeiträumen.“

3. Dem § 27 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 ist die Glättung nach den Sätzen 2 und 3 gesondert durchzuführen mit der Maßgabe, dass die sich ergebenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen sind.“

Artikel 1k

Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes

In § 4 Absatz 5 Satz 3 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Januar 2015 (BGBl. I S. 33) werden nach den Wörtern „anzurechnende Leistungen“ die Wörter „oder nach § 192 Absatz 5 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes Versicherungsleistungen“ eingefügt.

Begründung

Zu Artikel 1i (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 192)

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

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

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

Da vielen privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen die Kompensation eines Verdienstauffalls von in der Regel 14 Wochen aus eigenen Mitteln nicht möglich ist, haben die Betroffenen oftmals keine Möglichkeit, den mit Schwangerschaft und Geburt verbundenen besonderen Belastungen durch eine Reduzierung oder Einstellung ihrer beruflichen Tätigkeit während der gesetzlichen Schutzfristen Rechnung zu tragen. Die Änderung in § 192 Absatz 5 ermöglicht privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen, während der letzten Wochen vor und der ersten Wochen nach der Entbindung unabhängig von finanziellen Erwägungen zu entscheiden, ihrer beruflichen Tätigkeit nicht oder nur eingeschränkt nachzugehen. Die Regelung dient damit dem gesundheitlichen Schutz der betroffenen Frauen und ihrer Kinder, die nach Artikel 6 Absatz 4 des Grundgesetzes einen Anspruch auf besonderen Schutz haben.

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

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

Zu Nummer 2 (§ 208)

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

Zu Artikel 1j (Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung)

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

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

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

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