

Vorbemerkungen

Mit der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 wurden auch die Weichen in der Gesundheits- und Sozialpolitik neu gestellt. Erst am 7. Februar 2018 kam es im Rahmen einer (erneuten) großen Koalition (CDU/CSU/SPD) zum Abschluss eines Koalitionsvertrages. Mitte März nahm die neue Regierung ihre Arbeit auf. Umgesetzt wurden vordringliche Vorhaben wie z. B. Verbesserungen in der Rentenversicherung und deren Stabilisierung, die Stärkung des Pflegepersonals sowie die Entlastung der gesetzlich Versicherten. Einen Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet insbesondere das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“, das mit dem Regierungsentwurf vom 7. Dezember 2018 gestartet wurde. Dadurch verzögerte sich diese Auflage. Der Inhalt im Einzelnen:

In der **22. Auflage** – Stand Mai 2017 – dieses seit 30 Jahren bewährten KKF-Handbuches sind die Begründungen – jeweils zum Gesetzentwurf und zu den Änderungen insbesondere durch den 14. Ausschuss (Ausschuss für Gesundheit) – zu folgenden Gesetzen wiedergegeben:

- Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Artikel 2 vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) – Inkrafttreten 1. Januar 2017
- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) – Artikel 6 vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze („eHealth“) – Artikel 1 und 1a vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408)
- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) – Artikel 4 vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) – Inkrafttreten 1. Januar 2017
- Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen – Artikel 3 vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254)
- Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsstärkungsgesetz (AWStG) – Artikel 2a vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1710)
- Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters – Artikel 2 vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233)
- Sechstes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-Änderungsgesetz – 6. SGB IV-ÄndG) – Artikel 3 vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500)
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) – Artikel 5 vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986)
- Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) – Artikel 13 vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191)
- Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265)
- Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften – Artikel 4 vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403)
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778)
- Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)

Die **23. Auflage** schließt unmittelbar an diese 22. Auflage an.

Wegen der grundlegenden Bedeutung sind – auch mit Blick auf die längerfristige Umsetzung – folgende

Begründungen in der **23. Auflage** enthalten:

- Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778)
- Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265)

Umfangreiche allgemeine Begründungen, das Inkrafttreten und die nicht das Sozialgesetzbuch V betreffenden Artikel zu diesen Gesetzen sowie zu den Gesetzen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften, PsychVG und zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen können der 22. Auflage entnommen werden.

Seit dem Erscheinen der 22. Auflage – Mai 2017 – sind weitere Gesetze beschlossen worden, die das Sozialgesetzbuch V betreffen:

1. Artikel 6 **Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)** vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) – Inkrafttreten 1. Januar 2018 (§ 5 Absatz 8a und § 264 Absatz 2 am 1. Januar 2020).

Die Änderungen betreffen § 2 Absatz 2, § 5 Absatz 1 Nummer 7 und Absatz 8a, § 9 Absatz 2 Nummer 4, § 11 Absatz 1 Nummer 5, § 13 Absatz 3 und 3a, § 23 Absatz 5, § 40 Absatz 2 und 3, § 43 Absatz 1, § 43a Absatz 1, § 49 Absatz 4, § 60 Absatz 5, § 137d Absatz 1 und 2, § 251 Absatz 2, § 264 Absatz 2, § 275 Absatz 1, § 284 Absatz 1 Nummer 17 – Anmerkung: Im SGB V-Handbuch (22. Auflage) jeweils als Fußnote vermerkt.

2. Artikel 161 **Gesetz zum Abbau verzichtbarer Anordnungen der Schriftform im Verwaltungsrecht des Bundes** vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) – Inkrafttreten 5. April 2017

Die Änderungen („elektronisch“) wurden in der 22. Auflage bei §§ 25a Absatz 4 Satz 5, 63 Absatz 3a Satz 3, 91 Absatz 9 Satz 1, 95d Absatz 6 Satz 3, 110 Absatz 2 Satz 3 und 5 bereits berücksichtigt.

3. Artikel 5 und 7 **Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts** vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), Inkrafttreten: §§ 10 Absatz 1 Satz 4, 24i Absatz 1, 2 und 3 am 1. Januar 2018, § 24i Absatz 3 Satz 1 am 30. Mai 2017

Durch Artikel 5 dieses Gesetzes wurden die §§ 10 Absatz 1 Satz 4 und 24i Absatz 1, 2 und 3 an die Neufassung des Mutterschutzgesetzes angepasst. Vorgezogen wurde durch Artikel 7 mit Wirkung ab 30. Mai 2017 die Verlängerung der Zahlung des Mutterschaftsgeldes auf zwölf Wochen, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung festgestellt und eine Verlängerung der Schutzfrist beantragt wird.

Mit ausführlichen Begründungen waren folgende Änderungen wiedergegeben in einer Beilage zu diesem Handbuch, die CD-ROM-Fassung wurde aktualisiert. Diese Änderungen mit Begründungen (ohne lfd. Nummer 8) sind in der 23. Auflage dokumentiert. Im Einzelnen:

4. Artikel 4 **Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/1148 ... zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union** vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1885); Inkrafttreten am 30. Juni 2017

Die gematik als Betreiber der Telematikinfrastruktur sowie verschiedene Betreiber von Diensten unterliegen umfassenden technischen und verfahrensmäßigen Vorgaben entsprechend Artikel 14 Absatz 1 bis 3 der NIS-Richtlinie. Mit dem neuen § 291b Absatz 8 kann das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Unterlagen/Informationen anfordern und gegebenenfalls verbindliche Anweisungen zur Abhilfe von Mängeln erteilen. Mit dem neuen § 307 Absatz 1a bis 1c werden die Bußgeldvorschriften entsprechend für Sanktionen bei Verstößen gegen § 291b Absatz 6 und Absatz 8 erweitert; Absatz 4 regelt die zuständige Verwaltungsbehörde.

5. Artikel 30 **Gesetz zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung io-**

nisierender Strahlung vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966); Inkrafttreten am 31. Dezember 2018

Der neu eingefügte § 25 Absatz 4a verpflichtet den G-BA, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen, wenn das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit [jetzt: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit] in einer Rechtsverordnung nach dem Strahlenschutzgesetz die Zulässigkeit einer Früherkennungsuntersuchung feststellt.

6. Artikel 3 **Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBerfG)** vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581); Inkrafttreten am 1. Januar 2020

§ 63 Absatz 3b und 3c werden einerseits an die künftigen Berufsbezeichnungen angepasst, andererseits werden die Krankenkassen und ihre Verbände verpflichtet, bis Ende 2020 entsprechende Modellvorhaben zu vereinbaren bzw. durchzuführen.

7. Artikel 8a und 8b **Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten** vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615); Inkrafttreten am 25. Juli 2017

Nach dem neu eingefügten § 137i legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem PKV-Verband Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen bis spätestens 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest. Diese Personalmindeststandards dienen einerseits der verbesserten Pflegequalität, andererseits sind sie eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals. Die Neufassung von § 291d Absatz 1 sowie das Anfügen von Absatz 1a und 1b verfolgen das Ziel, die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Patientendaten voranzubringen (systemneutrale Archivierung und Übertragung bei Systemwechsel).

8. Artikel 11 Absatz 43 **Gesetz zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 ... vom 23. Juli 2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG (eIDAS-Durchführungsgesetz)** vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745); Inkrafttreten am 29. Juli 2017

In § 291f Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „nach dem Signaturgesetz“ gestrichen. Mit dem Wegfall des Signaturgesetzes gilt unmittelbar die eIDAS-Verordnung.

9. Artikel 8 **Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften** vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757); Inkrafttreten am 29. Juli 2017; § 188 Absatz 4 Satz 4 ff. am 1. Januar 2018

Die Frist zur Überprüfung der Krebsregisterpauschale wird von 2017 auf 2019 verlängert (§ 65c Absatz 4 Satz 7). Geändert wurde die Zusammensetzung des Bundesschiedsamtes (vgl. § 40 Absatz 2 Satz 4). Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 87 Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 sowie nach § 94 Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung (vgl. §§ 87 Absatz 7, 94 Absatz 3). § 136c Absatz 2 ergänzt den Auftrag des G-BA, zusammen mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auch Bewertungen von unzureichenden Qualitätsergebnissen zu ermöglichen. Nach § 137 Absatz 3 Satz 1 kann der G-BA bei seinen Vorgaben für Qualitätskontrollen durch den MDK auch Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten vorsehen; § 275a Absatz 2 Satz 2 gilt nicht (vgl. § 275a Absatz 2 Satz 5).

Nach dem neuen § 293 Absatz 7 führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der in Krankenhäusern/Ambulanzen tätigen Ärzte. Bis dieses Verzeichnis zur Verfügung steht, gilt eine alternative Kennzeichnung (vgl. § 39 Absatz 1a Satz 6).

Krankenkassen führen die obligatorische Anschlussversicherung bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei ausländischen Saisonarbeitnehmern nur noch unter bestimmten Voraussetzungen durch (§ 188 Absatz 4 Satz 4 bis 7). Sie können künftig im Rahmen von Eigeneinrichtungen im Einzelfall nach Genehmigung der Aufsichtsbehörde auch Darlehen aufnehmen (§ 220 Absatz 1 Satz 3). Schließlich werden noch Verweisfehler korrigiert (§§ 35 Absatz 1b und 7, 127 Absatz 1 und 4a, 302 Absatz 1).

10. Artikel 4 **Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)** vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214); Inkrafttreten am 1. Januar 2018

Nach dem neuen Halbsatz in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 Einkommensteuergesetzes bei den beitragspflichtigen Einnahmen außer Betracht.

11. **Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)** vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387); Inkrafttreten am 1. Januar 2019. Abweichendes ist bei den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4454) werden die wesentlichen Änderungen wie folgt begründet: Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden. Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollen sich nach Ende ihrer Dienstzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 beschlossen (vgl. Drucksache 19/5112 vom 17. Oktober 2018). Diese betreffen insbesondere Detailregelungen zur paritätischen Beitragsfinanzierung hinsichtlich der Verbeitragung ausländischer Renten, zur Beitragsberechnung in der Gleitzone nach § 20 SGB IV, Detailregelungen zum Inkrafttreten des Verbots der Anhebung von Zusatzbeiträgen bei Überschreiten der zulässigen Obergrenzen für Finanzreserven, Klarstellungen zur Bereinigung aufzuhebender Mitgliedschaften aus der obligatorischen Anschlussversicherung mit Regelung zum Inkrafttreten am 1. Januar 2019 sowie zur Möglichkeit der Aktienanlage für Altersrückstellungen. Darüber hinaus wurden Regelungen beschlossen, die für den Zugang von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung relevant sind, insbesondere Detailregelungen zum Beitrittsrecht ab dem 1. Januar 2019, zum nahtlosen Übergang aus der truppenärztlichen Versorgung, zum Beitragszuschuss für die soziale Pflegeversicherung, zur Pflegeversicherung für Familienangehörige, der Beitragsentrichtung für Eignungsübende sowie eine Übergangsregelung für ehemalige Zeitsoldaten, die seit dem 15. März 2012 aus dem Dienst ausgeschieden sind. Weitere Änderungsanträge betreffen die Angleichung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf die der sonstigen freiwillig Versicherten, die Beitragspflicht beim Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige, die Mindestbeiträge zahlen, die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes eine Versicherungspflicht aus anderem Grund bestand sowie die Abgrenzung von privaten und betrieblichen Altersvorsorgeleistungen entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

12. Artikel 7 **Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)** vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394); Inkrafttreten am 1. Januar 2019, Abweichendes ist bei den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4453) werden die wesentlichen Änderungen wie folgt begründet:

Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem

- jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,
- zukünftig die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
- Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,
- die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden,
- gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,
- der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem

- vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,
- Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,
- Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,
- das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt vereinfacht wird.
- die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht werden.

Darüber hinaus soll der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen (vgl. Drucksache 19/5593 vom 7. November 2018). Diese betreffen insbesondere:

- Aus dem Pflegezuschlag werden rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte 2020 überführt. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag in nicht zu vernachlässigendem Umfang nicht zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt haben und diese Mittel nicht in das Pflegebudget übergehen.
- Zusätzlich erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags zudem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten ab dem Jahr 2020 jährlich insgesamt rd. 50 Mio. Euro, um damit eine bessere Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen. Je Krankenhaus wird ein Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr gezahlt.
- Die aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden präzisiert als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Pflege am Bett) entstehen. Damit wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche durch eine dynamischere Leistungsentwicklung ansonsten eintreten könnten.

- Die Möglichkeit zur finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets wird erweitert auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden. Zugleich können die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu 3 Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Mögliche Budgetminderungen für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung des Pflegebudgets werden deshalb in den ersten beiden Jahren begrenzt und zwar im Jahr 2020 auf 2 Prozent und im Jahr 2021 auf 4 Prozent.
- Die Selbstverwaltungspartner werden mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragt, für die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Datenkonzept zur Übermittlung der erforderlichen Daten entwickelt. Zudem werden Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten festgelegt und die Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen näher bestimmt. Für den Pflegepersonalquotienten wird die Bezeichnung Pflegedienst dahingehend präzisiert, dass nur der Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erfasst wird. Außerdem wird die Sanktionierung für den Fall des Unterschreitens der festgelegten Untergrenze geregelt.
- Die Anreize für die Krankenhausträger und die Länder, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, werden durch Anhebung der Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden kann, deutlich erhöht.
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen werden auch insoweit gefördert, als Hochschulkliniken daran beteiligt sind.
- Vorhaben zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe, schwerwiegende Erkrankungen werden aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur gefördert, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Kliniken an einer Hochschulklinik konzentriert werden.
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erhält die gesetzliche Grundlage für Klarstellungen und Änderungen zu den medizinischen Klassifikationen (OPS und ICD). Damit wird vermieden, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten, die z. B. durch BSG-Urteile entstehen (zur Schlaganfallversorgung), eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen wird.
- Die vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen wird auf zwei Jahre verkürzt, um die durch Rückforderungsbegehren der Krankenkassen hervorgerufene Rechtsunsicherheit abzumildern. Für die Ansprüche der Krankenkassen auf Rückforderung von gezahlten Vergütungen gilt dies rückwirkend.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren. Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden und Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragene Datenstelle mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben des Datensatzes nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes beauftragt.
- Die Regelung zur Betreuung Pflegebedürftiger während einer stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen wird praktikabler gefasst, indem die Verantwortungsbereiche von Kranken- und Pflegekasse neu abgegrenzt werden.
- In der Regelung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird klargestellt, dass aufwändigere Wegezeiten stets mit einem angemessenen Zuschlag zu vergüten sind. Diese Regelung wird entsprechend in der Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Zum anderen wird geregelt, dass die Zahlung tariflicher Arbeitsentgelte in der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich zurückgewiesen werden kann. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll insofern keine Anwendung mehr finden.

- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigungsfiktion für Fahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in die Praxis des Facharztes oder Zahnarztes wird auf alle Fahrten zur ambulanten Behandlung ausgeweitet. Damit sind auch Fahrten zu Hausärzten und Heilmittelerbringern einbezogen. So werden u.a. Abgrenzungsprobleme vermieden, da Hausärzte auch fachärztliche Leistungen erbringen.
- Auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der Genehmigungsfiktion auch bei den Versicherten, deren Beeinträchtigung mit derjenigen der Versicherten vergleichbar ist, die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind oder einen Schwerbehindertenausweis vorlegen können, wird verzichtet. Der Begriff der Vergleichbarkeit ist für den verordnenden Arzt zu unbestimmt. Bei diesen Versicherten sollen die Kassen auch weiterhin eine Einzelfallprüfung vornehmen können, ob der Anspruch auf Kostenübernahme besteht.
- Ist bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen eine Begleitung des Patienten erforderlich, kann diese Begleitperson künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden, wenn eine Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist.
- Die Sanktionsregelung zum Versichertenstammdatendienst in der vertragsärztlichen Versorgung in § 291 SGB V wird dahingehend angepasst, dass von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 1. Juli 2019 abgesehen wird, sofern die Anschaffung der erforderlichen Ausstattung vor dem 1. April 2019 vertraglich vereinbart wird.
- Im Bereich der Pflegeversicherung werden bei den zusätzlichen GKV-finanzierten Stellen in der vollstationären Pflege verschiedene Klarstellungen ergänzend aufgenommen: Möglichkeit der Aufstockung von Teilzeitstellen neben Neueinstellungen, Präzisionen zum Verfahren bis zum Vorliegen der näheren Bestimmungen durch den GKV-Spitzenverband sowie Aufnahme der zwingenden Voraussetzung bei der ausnahmsweise jetzt nach vier Monaten möglichen Finanzierung von Pflegehelfern, dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Damit wird das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen, weiter unterstützt.
- Um die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu erhöhen, werden verschiedene Maßnahmen zur Vereinfachung der Förderung und Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege eingeführt.
- Das gemäß zweitem Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich entwickelte neue stationäre Qualitätssystem wird verbindlich eingeführt: ab dem 1. Oktober 2019 beginnen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Erhebung und Übermittlung von Versorgungsdaten, ab dem 1. November 2019 werden die Qualitätsprüfungen nach dem neuen System durchgeführt. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, den Prüfrhythmus bei guter Ergebnisqualität zu verlängern. Um einen besseren Ablauf der Qualitätsprüfungen zu ermöglichen, werden diese zukünftig auch im stationären Bereich angekündigt. Voraussetzung ist die ordnungsgemäße Teilnahme an der Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die Einrichtung. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten zur Unterstützung der Umstellung im Jahr 2019 eine finanzielle Förderung.
- Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auf ein Zulassungsmodell mit einheitlichen Rahmenverträgen auf Bundesebene umgestellt. SAPV-Teams, die die Leistungsvoraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen.
- Mit den in Artikel 7 Nummern 18 und 19 und Artikel 13a vorgesehenen Änderungen sowie den diesbezüglichen Regelungen zum Inkrafttreten in Artikel 14 wird die Übergangsregelung des § 324 SGB V, die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, um ein Jahr verlängert. Damit wird ausgeschlossen, dass es aufgrund der Kündigungsfristen in einer privaten Krankenversicherung zu einer Doppelbelastung der Betroffenen mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt.
- Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden Daten über einreisende Personen erheben und an die Gesundheitsbehörden übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich

bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben, weil diese wegen ihrer Herkunft oder Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

13. Artikel 6 Absatz 2 **Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz)** vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016); Inkrafttreten am 1. Juli 2019.

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 1. Oktober 2018 (Drucksache 19/4668) werden die Änderungen (§§ 47 Absatz 1 Satz 8, 226 Absatz 4 und 249 Absatz 3 Satz 1 SGB V) wie folgt begründet:

...

5. Entlastung von Geringverdienerinnen und Geringverdienern

Personen, die in der bisher vom Gesetz so bezeichneten Gleitzone 450,01 Euro bis 850 Euro monatliches Arbeitsentgelt erzielen, werden schon nach geltendem Recht bei den Arbeitnehmerbeiträgen zur Sozialversicherung entlastet. Die Gleitzone wurde zum 1. April 2003 eingeführt, um den Übergang von der beitragsfreien geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) zur vollen Beitragspflicht zu glätten. Diese ursprüngliche Zielsetzung hat durch die seit 2013 grundsätzlich geltende Rentenversicherungspflicht für die genannten geringfügig Beschäftigten etwas an Bedeutung verloren. Gleichzeitig rückt zunehmend der auch von OECD, IWF und EU verfolgte Gedanke in den Vordergrund, Geringverdienerinnen und Geringverdiener bei den Sozialversicherungsbeiträgen zu entlasten (siehe zum Beispiel Europäische Kommission, Empfehlungen des Rates zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2018 mit einer Stellungnahme des Rates zum Stabilitätsprogramm Deutschland 2018, COM [2018] 405 vom 22. Mai 2018, Seite 9). Dazu soll die Gleitzone unter Beibehaltung des bisherigen Entlastungsmechanismus ausgeweitet werden. Der „Übergangsbereich“ zwischen geringfügiger Beschäftigung und dem Einsetzen der vollen Beitragslast auf Arbeitnehmerseite erfasst künftig monatliche Entgelte bis einschließlich 1.300 Euro. Da der Arbeitgeberanteil unverändert bleibt, entsteht arbeitgeberseitig kein Anreiz, Vollzeitstellen in Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse aufzuteilen. Die tatsächliche Entwicklung wird weiterhin zu beobachten sein. Die Neuausrichtung der Gleitzone, die sich auch in einer veränderten Begrifflichkeit zeigt, wird dadurch vervollständigt, dass die verringerten Rentenbeiträge künftig nicht mehr zu geringeren Rentenleistungen führen.

...

Das ursprünglich für den 1. Januar 2019 vorgesehene Inkrafttreten wurde auf Vorschlag der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände wegen der Anpassungen in der EDV auf den 1. Juli 2019 verschoben (vgl. Drucksache 19/5586 zu Artikel 7 Absatz 2a).

14. Artikel 1 und 2 **Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Verbesserungsgesetz – TSVG)** vom XXX 2019 (BGBl. I S. XXX); Inkrafttreten am XXX.

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf (Drucksache 19/6337 vom 7. Dezember 2018) zielt es darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

Dadurch werden die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen Versorgungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten erweitert.

Der wesentliche Inhalt des Entwurfs ist im Anhang wiedergegeben. Die Schwerpunkte:

- Sprechstundenangebot (Terminservicestellen, Mindestsprechstunden, Vergütungsanreize)
- Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (regionale Zuschläge, Strukturfonds, Eigeneinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Bedarfsplanung, sektorenübergreifende Konfliktlösung)
- weitere Maßnahmen (zahnärztliche Versorgung, Sozialdatenschutz, SAPV, allgemeines Leistungsrecht, Verbänderecht/Aufsicht, Mitgliedschafts- und Beitragsrecht, Arzneimittelversorgung, Krebsregister, Pflegeversicherung, Telematik, Medizinprodukte, psychotherapeutische Versorgung)

Der **Ausschuss für Gesundheit** ...

Auch diese 23. Auflage des seit 30 Jahren in der Praxis bewährten SGB V-Handbuches enthält wieder grundlegende gesetzliche Regelungen, auf die mit ihren amtlichen Begründungen noch lange Zeit zurückgegriffen werden wird.

Herausgeber und Verlag sind zuversichtlich, dass dieses Handbuch wieder eine topaktuelle Informationsquelle in kompakter Form bei bester Lesbarkeit sein wird.

Altötting, im

Herausgeber und Verlag