

Bundesrat

Drucksache 493/13

14.06.13

G - Fz

Gesetzesbeschluss

des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 247. Sitzung am 14. Juni 2013 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 17/13947 – den von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

– Drucksache 17/13079 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 05.07.13

Initiativgesetz des Bundestages

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Dem § 8 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

1. § 53 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen.“

b) Im neuen Satz 3 wird das Wort „darüber“ durch die Wörter „über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

2. In § 75 Absatz 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ die Wörter „und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ eingefügt.

2a. § 186 Absatz 11 Satz 4 wird aufgehoben.

2b. § 188 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

2c. § 190 Absatz 3 wird aufgehoben.

2d. Nach § 256 wird folgender § 256a eingefügt:

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2) Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. Satz 1 gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.“

3. § 271 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nach den Wörtern „zum 1. Januar 2013 entstehen,“ werden die Wörter „sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegeverordnung zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] entstehen,“ eingefügt.
- b) Die Wörter „1,78 Milliarden Euro“ werden durch die Wörter „2,34 Milliarden Euro“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 24 Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 2a

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 60 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 14 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730) geändert worden ist, werden die Wörter „§§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50“ durch die Wörter „§§ 253 bis 256a des Fünften Buches und die §§ 50, 50a“ ersetzt.

Artikel 2b**Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

2. Dem § 22 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet und keine anderweitige Versicherungspflicht eintritt, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind.“

3. § 24 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 8 wird aufgehoben.
- b) Die Nummer 9 wird Nummer 8.

4. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:

„§ 50a

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen gilt § 256a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Artikel 3**Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter „ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und“ gestrichen.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.“

1. Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 10 ersetzt:

„(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.“

Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.“

2. Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11.

Artikel 4

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 12g folgende Angabe eingefügt:
„§ 12h Notlagentarif“.
2. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1d Satz 1 werden die Wörter „§ 12 Abs. 1a dieses Gesetzes“ durch die Wörter „Absatz 1a und im Notlagentarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12h“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „enden,“ die Wörter „sowie für den Notlagentarif nach § 12h“ eingefügt.
3. Nach § 12g wird folgender § 12h eingefügt:

– 5 –

„§ 12h

Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.“

Artikel 5**Änderung des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz**

Dem Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2009 (BGBl. I S. 1574) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7 angefügt:

„Artikel 7

Krankenversicherung, Versicherungsverhältnisse nach § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes

Versicherungsnehmer, für die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] das Ruhen der Leistungen gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes festgestellt ist, gelten ab diesem Zeitpunkt als im Notlagentarif gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Versicherungsnehmer gelten rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen aus dem Vertrag ruhend gestellt worden sind, als im Notlagentarif versichert, wenn die monatliche Prämie des Notlagentarifs niedriger ist als die in diesem Zeitpunkt geschuldete Prämie. Dies gilt unter der Maßgabe, dass die zum Zeitpunkt des Ruhendstellens aus dem Vertrag erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen erhalten bleiben und in Anspruch genommene Ruhensleistungen im Verhältnis zum Versicherungsnehmer als solche des Notlagentarifs gelten. Eine Anrechnung gebildeter Alterungsrückstellungen nach § 12h Absatz 2 Satz 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auf die zu zahlende Prämie findet rückwirkend nicht statt. Der Versicherungsnehmer kann der rückwirkenden Versicherung nach Satz 2 widersprechen. Die Versicherer haben auf die Versicherung im Notlagentarif innerhalb von drei Monaten nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] hinzuweisen und hierbei den Versicherungsnehmer über sein Widerspruchsrecht nach Satz 5 unter Hinweis auf die mit der rückwirkenden Versicherung verbundenen Folgen zu informieren; der Widerspruch muss innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Hinweises beim Versicherer eingehen.“

Artikel 5a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von

- a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,

2. bei Fort- und Weiterbildungen

- a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
- b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
- c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
- d) zu Ärztinnen oder Ärzten und Krankenhausapothekerinnen oder Krankenhausapothekern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
- e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
- f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,

3. bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag;

Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert. Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des

Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 3 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist.“

2. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 erster Halbsatz wird nach dem Wort „entsprechend“ ein Komma und werden die Wörter „wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2 gilt“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Jahr 2013 gilt § 18 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

3. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11“ ersetzt.

b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10.“

4. Dem § 8 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

5. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen.“

6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Nummer 4“ die Wörter „mit Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2014“ und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2013“ und wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.

cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts 2014 ist der Basisfallwert 2013 von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrates zu erhöhen; ein Ausgleich ist nicht durchzuführen. Für das Jahr 2013 ist die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 ab einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden und zu veröffentlichenden Zeitpunkt erhöhend beim Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist die für das restliche

Kalenderjahr anzuwendende Erhöhungsrage infolge der verspäteten Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen.“

- dd) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
- c) In Absatz 6 Satz 5 werden die Wörter „entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert“ durch die Wörter „entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate“ ersetzt.
- d) In Absatz 9 Satz 5 werden nach den Wörtern „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist“ die Wörter „im Jahr 2013 um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen und ist“ eingefügt.
- e) Absatz 12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „In den ab dem 1. Januar 2017 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2016 nach § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

Artikel 5b

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ eingefügt.
2. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz, mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen.“
3. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird Absatz 1 und folgender Satz wird angefügt:

„Für das Jahr 2013 ist das von den Vertragsparteien vereinbarte Budget um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Rate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen ist; § 3 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ist zu beachten.“
 - b) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 2.

Artikel 5c

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17b wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Über die nach Absatz 1 Satz 16 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das DRG-Institut mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das DRG-Institut entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an

der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das DRG-Institut von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das DRG-Institut veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.“

2. § 17c wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Schlichtungsausschuss“ angefügt.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.“

c) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. März 2014 ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene; das DRG-Institut und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankhausgesellschaften angerufen werden; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des DRG-Instituts und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz sowie § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 sind entsprechend anzuwenden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen nicht bis zum 31. Dezember 2013 ganz oder teilweise zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zu Stande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden.“

bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

cc) Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft die näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses.“

dd) Die Sätze 9 bis 11 werden aufgehoben.

e) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a und 4b eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickeln und erproben modellhaft bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes. Bei der Abrechnung von Entgelten für die Behandlung von Patientinnen oder Patienten, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (sekundäre Fehlbelegung), soll hierdurch ein auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren entwickelt und modellhaft erprobt werden. Bis zum 31. März 2014 sind die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien nach Satz 1 zu vereinbaren, insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und die Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser. Die Ergebnisse der modellhaften Erprobung sind von den Vertragsparteien nach Satz 1 in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.

(4b) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 3, Absatz 3 Satz 7 und Absatz 4a Satz 5 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3 und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2 000 Euro nicht übersteigt.“

Artikel 5d

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 für die Organvermittlung erforderlichen Angaben sind von einem Arzt oder einer von diesem beauftragten Person zu erheben, zu dokumentieren und an die Vermittlungsstelle nach Maßgabe des § 13 Absatz 3 Satz 3 zu übermitteln. Den in Satz 1 genannten Personen ist es verboten,

1. für eine Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben oder unrichtig zu dokumentieren oder
2. bei der Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 einen unrichtigen Gesundheitszustand eines Patienten zu übermitteln,

um Patienten bei der Führung der einheitlichen Warteliste nach § 12 Absatz 3 Satz 2 zu bevorzugen.“

2. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Richtlinien nach Absatz 1 sind zu begründen; dabei ist insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen.“

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Richtlinien nach Absatz 1 sowie deren Änderungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann von der Bundesärztekammer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern.“

3. § 19 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer absichtlich entgegen § 10 Absatz 3 Satz 2 den Gesundheitszustand eines Patienten erhebt, dokumentiert oder übermittelt.“

b) In Absatz 4 werden die Wörter „Absätze 1 und 2“ durch die Wörter „Absätze 1, 2 und 2a“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft.