

**08.11.19****G****Gesetzesbeschluss**  
des Deutschen Bundestages

---

**Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 124. Sitzung am 7. November 2019 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 19/14871 – den von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)****– Drucksachen 19/13397, 19/13547 –**

in beigefügter Fassung angenommen.

---

Fristablauf: 29.11.19

Erster Durchgang: Drs. 359/19



# Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

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 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) In der Angabe zum Neunten Kapitel werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und wird die Angabe „§§ 278 bis 283“ durch die Angabe „§§ 278 bis 283a“ ersetzt.
  - b) In der Angabe zum Dreizehnten Kapitel wird die Angabe „§§ 314 bis 326“ durch die Angabe „§§ 314 bis 328“ ersetzt.
1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters“, die Wörter „nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder“ sowie die Wörter „oder eine längere Fachstudienzeit“ gestrichen.
  - b) In Nummer 10 wird nach dem Wort „verrichten“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.
2. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.
- 2a. In § 13 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.
- 2b. § 32 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.
  - b) Die Sätze 3 bis 5 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind.“
- 2c. In § 53 Absatz 8 Satz 2 werden die Wörter „§ 175 Absatz 4 Satz 5“ durch die Wörter „§ 175 Absatz 4 Satz 6“ ersetzt.
- 2d. In § 62 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

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

„§ 65e

**Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut**

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

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

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

1. Vorgaben für Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren zur Vereinheitlichung des Datenaustausches zwischen den in Satz 1 genannten Organisationen sowie zur Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen und
  2. Vorgaben für die übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens.
- § 27 Absatz 1a Satz 6 sowie die rechtlichen Vorgaben für die Entnahme, Untersuchung, Herstellung, das Inverkehrbringen und die Anwendung von Blutstammzelltransplantaten aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut bleiben unberührt.“

2f. § 75a Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin, zu fördern.“

3. In § 87a Absatz 5 Satz 11 werden die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.

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

4. In § 91 Absatz 7 Satz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten“ eingefügt.

5. § 91a Absatz 1 Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen.“

5a. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

- b) In Absatz 9b werden die Wörter „oder halben“ durch die Wörter „, einem halben oder einem drei Viertel“ ersetzt.
- 5b. In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.
- 5c. In § 101 Absatz 4 Satz 5 wird das Wort „allgemeinen“ jeweils durch die Wörter „regional maßgeblichen“ ersetzt.
- 5d. § 103 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ gestrichen.
- bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 sind zu beachten.“
- b) In Absatz 4a Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
- c) In Absatz 4b Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
6. Dem § 109 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.“
7. § 115b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
  2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.
- Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.“
- bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Eingriffe“ die Wörter „und stationersetzenden Behandlungen“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „Wird“ wird durch die Wörter „Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

7a. In § 116b Absatz 6 Satz 10 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

8. § 124 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 2a“ ersetzt.

bb) In Satz 7 werden nach den Wörtern „Daten zur Zulassung“ die Wörter „nach Satz 6“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage der Daten nach Satz 7 eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen; über den Umfang der zu veröffentlichenden Daten verständigen sich die Vertragspartner in den jeweiligen Verträgen nach § 125 Absatz 1.“

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

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

- 8a. In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.
- 8b. § 125a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 7 und 8 werden jeweils die Wörter „der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ durch die Wörter „den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Nummer 1 wird das Wort „Richtlinie“ durch das Wort „Richtlinien“ ersetzt.
9. In § 132g Absatz 3 Satz 2 und § 137f Absatz 2 Satz 4 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- 9a. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „müssen“ ein Komma und werden die Wörter „, die die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 zum Gegenstand haben,“ eingefügt und werden die Wörter „zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten“ gestrichen.
  - b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkassen und die die Kontrollen beauftragenden Stellen sind befugt und verpflichtet, die für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer bestimmte Stelle zu übermitteln, und diese Stelle ist befugt, die ihr übermittelten Daten zu diesem Zweck zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie nach Satz 1 vorgesehen ist.“
  - c) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „hierbei“ durch die Wörter „bei den Festlegungen nach Satz 2“ ersetzt.
10. § 137i wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 10 werden nach dem Wort „Fall“ die Wörter „der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall“ eingefügt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Wörter „den Absätzen 4b und 5 und schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vom 26. März 2019, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, entsprechend fort“ ersetzt.
    - bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:

„Kommt eine Fortschreibung der in Satz 10 genannten Vereinbarung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.“
    - cc) Der neue Satz 14 wird aufgehoben.
  - b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein“ durch das Wort „das“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird nach den Wörtern „Herstellung der“ das Wort „repräsentativen“ eingefügt.
    - cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 1, welche Krankenhäuser an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten.“
    - dd) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „der“ durch die Wörter „von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen“ ersetzt.

c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren“ durch die Wörter „haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge zu vereinbaren“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „haben“ ersetzt, werden nach dem Wort „Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10“ eingefügt und werden nach dem Wort „erfüllen“ ein Komma und die Wörter „zu vereinbaren“ angefügt.

10a. § 140f wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.
- b) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Wird durch den Landesausschuss nach § 90 keine Stabsstelle Patientenbeteiligung eingerichtet, erstattet er den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die anfallenden koordinierenden Maßnahmen. Die sachkundigen Personen haben gegenüber dem Landesausschuss nach § 90 einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausschlag nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“

10b. § 175 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die gewählte Krankenkasse stellt nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zum Zwecke der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle aus. Wird das Wahlrecht zum oder nach Ablauf des Zeitraumes nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 ausgeübt, stellt die gewählte Krankenkasse die Mitgliedsbescheinigung unverzüglich nach Eingang der Meldung der bisherigen Krankenkasse nach Satz 4 aus. Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.“

- b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 Satz 3 nicht fristgerecht beantwortet.“

bb) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Wörter „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

cc) In dem neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 1 und 3“ durch die Wörter „Sätzen 1, 2 und 4“ ersetzt.

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

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

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden.“

- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

- cc) In dem neuen Satz 3 werden die Wörter „Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist“ durch die Wörter „Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft“ ersetzt.

- dd) Die neuen Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 3 die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

- ee) In dem neuen Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

- ff) In dem neuen Satz 7 wird jeweils die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

- gg) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ und die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

- hh) In dem neuen Satz 9 werden die Wörter „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch die Wörter „Satz 1 gilt“ und die Wörter „, Satz 1 gilt nicht,“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

- e) In Absatz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

- f) In Absatz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5“ eingefügt.

11. Dem § 186 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei Hochschulen, in denen das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.“

12. § 190 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie

1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Bei Anerkennung von Hinderungsgründen, die eine Überschreitung der Altersgrenze nach Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen, endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semester-

ende. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 endet im Fall der Exmatrikulation die Mitgliedschaft mit Ablauf des Tages, an dem der Student seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs aufgegeben hat oder an dem er dauerhaft an seinen Wohnsitz oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs zurückkehrt. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn sich der Student nach Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf er exmatrikuliert wurde, innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule einschreibt. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

- b) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.

13. Nach § 199 wird folgender § 199a eingefügt:

„§ 199a

Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

(1) Die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie die Stiftung für Hochschulzulassung haben Studienbewerber und Studenten über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Befreiungsmöglichkeiten und das zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses einzuhaltende Verfahren in geeigneter Form zu informieren. Inhalt und Ausgestaltung dieser Informationen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.

(2) Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet. Die Meldung enthält neben dem Versichertenstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Geschlecht, Anschrift und Geburtsdatum des Studieninteressierten sowie dessen Krankenversicherungsnummer, soweit diese zum Zeitpunkt der Meldung vorliegt und für das weitere Verfahren erforderlich ist. Für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:

1. für einen bereits bei einer Krankenkasse Versicherten die Krankenkasse, bei der er versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird,
2. für einen nach § 6 versicherungsfreien oder für einen nicht versicherungspflichtigen Studenten die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestand,
3. für einen Studenten, der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 von der Versicherungspflicht befreit worden ist, die Krankenkasse, die die Befreiung vorgenommen hat,
4. im Übrigen eine der Krankenkassen, die bei Versicherungspflicht gewählt werden könnte.

(3) Ist der Student gesetzlich versichert, meldet die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule der zuständigen Krankenkasse unverzüglich

1. nach Eingang der Meldung der Krankenkasse zum Versicherungsstatus oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2 das Datum der Einschreibung des Studenten und den Beginn des Semesters,
2. den Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wurde oder das der Aufnahme eines Promotionsstudiums bei fortgesetzter Einschreibung unmittelbar vorangeht.

(4) Bei einem Krankenkassenwechsel eines Studenten meldet die gewählte Krankenkasse der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse. Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung und den Beginn des Semesters.

(5) Bei versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 hat die Krankenkasse den Hochschulen darüber hinaus unverzüglich zu melden:

1. den Verzug mit der Zahlung der Beiträge und
2. die Begleichung der rückständigen Beiträge.

(6) Die Meldungen der Hochschulen nach den Absätzen 2 bis 4 sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Nimmt die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule noch nicht an der Datenübertragung teil, tritt an die Stelle der maschinellen Meldungen nach den Absätzen 2 bis 5 eine Meldung in Textform. Zur Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren haben die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eine Absendernummer nach § 18n des Vierten Buches beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen. Die gesonderte Absendernummer und alle Angaben, die zur Vergabe der Absendernummer notwendig sind, werden in einer elektronischen Hochschuldatei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Die Krankenkassen dürfen die Hochschuldatei und deren Inhalte verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

(7) Das Nähere zu den Datensätzen, den Verfahren und die zu übermittelnden Daten für die Anträge und Meldungen sowie Bescheinigungen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hochschulrektorenkonferenz in Gemeinsamen Grundsätzen. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Die Gemeinsamen Grundsätze bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, das vorher den Verband der Privaten Hochschulen e. V. anzuhören hat.“

14. § 200 Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben ihrer Ausbildungsstätte eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen, in der anzugeben ist, ob sie als Auszubildende gesetzlich versichert oder versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsbescheinigung ist in Textform auszustellen. Die für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung zuständige Krankenkasse ergibt sich in entsprechender Anwendung von § 199a Absatz 2 Satz 4.

(3) Die Ausbildungsstätten von versicherungspflichtigen Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben der zuständigen Krankenkasse den Beginn der Ausbildung in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz sowie das Ende der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen. Das Weitere zu Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilung legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

15. In § 210 Absatz 2 wird die Angabe „282“ durch die Angabe „283 Absatz 2“ ersetzt.
16. In § 236 Absatz 1 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März“ eingefügt.
17. § 242 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

18. § 245 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

19. § 260 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Haushaltsjahres“ das Wort „monatlich“ gestrichen und werden nach der Angabe „§ 261“ die Wörter „sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter „den Be-trag“ durch die Wörter „das Einfache des Betrages“ ersetzt.
  - b) Absatz 5 wird aufgehoben.
20. In der Überschrift des Neunten Kapitels werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
21. § 275 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden in dem Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.
  - b) Absatz 1c wird aufgehoben.
  - c) In Absatz 2 werden die Nummern 3 bis 5 die Nummern 2 bis 4.
  - d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.“
  - e) Nach Absatz 3a werden die folgenden Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.“
  - f) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 281 Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „§ 280 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
    - bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
  - g) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt, wird das Wort „medizinischen“ durch das Wort „fachlichen“ ersetzt und wird das Wort „ärztlichen“ gestrichen.
    - bb) In Satz 2 wird das Wort „ärztliche“ gestrichen und werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „und pflegerische Versorgung der Versicherten“ eingefügt.
- 21a. § 275a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „muss“ die Wörter „bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,“ eingefügt.
  - b) In Satz 3 werden in dem Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „Gegenstand dieser“ durch die Wörter „Gegenstand der“ ersetzt.

22. § 275b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt und werden die Wörter „sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9“ gestrichen.

c) In Absatz 3 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

23. Nach § 275b werden die folgenden §§ 275c und 275d eingefügt:

#### „§ 275c

##### Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 12,5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote). Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 3 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,
3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt.

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder Satz 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent

oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 6 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

(3) Im Jahr 2020 haben die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro an die Krankenkassen zu zahlen. Ab dem Jahr 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

1. 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,
2. 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,

jedoch mindestens 300 Euro und höchstens 10 Prozent des auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrages, wobei der Mindestbetrag von 300 Euro nicht unterschritten werden darf. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.

(4) Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die folgenden Daten je Krankenhaus:

1. Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1,
3. Anzahl der nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
4. Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.

Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der nach Satz 2 übermittelten Daten bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus insbesondere auszuweisen und zu veröffentlichen:

1. Anteil der beim Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen in dem betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,

3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,
4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.

Die Ergebnisse sind auch in zusammengefasster Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(5) Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt.

(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig

1. bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden insoweit umgesetzt, dass in Fällen, in denen es nach einer Prüfung bei der Abrechnung von voll- oder teilstationären Entgelten verbleibt, für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage beibehalten werden und in Fällen, in denen eine Prüfung zur Abrechnung einer ambulanten oder vorstationären Vergütung nach § 8 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes führt, die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte entfällt,
2. bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d geprüft wurden.

(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig. Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 3 und 7 sowie Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.

#### § 275d

##### Prüfung von Strukturmerkmalen

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Begutachtungen nach Satz 1 erfolgen, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt wird, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.

(2) Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von

mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Absatz 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2020 vorliegt, können diese Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.

(5) Die Kosten des Medizinischen Dienstes für eine Begutachtung werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.“

24. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 275 Absatz 1 bis 3“ die Wörter „und 3b, § 275c oder § 275d“ eingefügt.

bb) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§§ 275, 275a und 275b“ durch die Angabe „§§ 275 bis 275d“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird die Angabe „Abs. 2“ durch die Wörter „Absatz 2 sowie § 35 des Ersten Buches“ ersetzt.

b) In Absatz 2b wird die Angabe „(§ 279 Abs. 5)“ durch die Angabe „(§ 278 Absatz 2)“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Notwendigkeit und Dauer“ durch die Wörter „Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung“ ersetzt und wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

25. Die §§ 278 bis 283 werden durch die folgenden §§ 278 bis 283a ersetzt:

#### „§ 278

#### Medizinischer Dienst

(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Dieser Beschluss bedarf der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder. In Ländern, in denen bereits mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann die jeweilige Aufteilung beibehalten werden. § 94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach den §§ 275a bis 275d,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.

#### § 279

##### Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. die Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Beachtung der Richtlinien und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen und
6. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.

(5) Sieben Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

1. fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie

2. zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 fest. Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 sind mindestens zwei Frauen und zwei Männer, als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 sind jeweils eine Frau und ein Mann zu benennen. Ist eine Satz 5 entsprechende Benennung nicht möglich, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das mehrheitlich vertreten ist, als benannt, dass dem Verhältnis nach Satz 5 entsprochen wird; die Anzahl der Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 und 2 reduziert sich entsprechend. Die Vertreter nach Satz 1 dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Die Bekanntgabe der Benennung erfolgt gegenüber der oder dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die oder der diese den Benannten zur Kenntnis gibt.

(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.

(7) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Der Vorstand führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz 3 und 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

(8) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: die §§ 37, 38, 40 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3, § 43 Absatz 2, die §§ 58, 59 Absatz 1 bis 3, 5 und 6, die §§ 60, 62 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz, Absatz 2, 3 Satz 1 und 4 und Absatz 4 bis 6, § 63 Absatz 1 und 2, 3 Satz 2 und 3, Absatz 3a bis 5, § 64 Absatz 1 und 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 und § 66.

## § 280

### Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3b und den § 275a bis 275d werden von den Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

(2) Die Leistungen des Medizinischen Dienstes oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 von den Krankenkassen übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen

Dienstes nach § 275a Absatz 4. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen. Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die die Prüfung von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen betreffen, die nicht zur Leistung der Umlage nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von diesen Stellen zu erstatten.

(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69 und 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz des Vierten Buches, § 73 Absatz 1, 2 Satz 1 erster Halbsatz und Absatz 3 des Vierten Buches, die §§ 74 bis 76 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches, § 77 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

#### § 281

##### Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

(1) Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Mitglieder des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste.

(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 217d Absatz 2 gilt entsprechend. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. § 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, 219 und 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

#### § 282

##### Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes Bund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. 16 Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 4 Satz 1,
2. fünf Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und
3. zwei Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2.

Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. Die Abgabe der Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zur Wahl entsandte Person ist möglich. Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Die §§ 40 bis 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 11, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.

(3) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und
4. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 und § 279 Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35 Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz 7 Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form jährlich oder bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

## § 283

### Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungsbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,
4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,
5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben sowie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3,
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,
7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 bis zum 31. Dezember 2021 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

(3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.

(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September. Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.

(5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

§ 283a

Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, 278 Absatz 2 bis 4 und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.

(2) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ein Beirat für den Sozialmedizinischen Dienst errichtet, der den Vorstand in Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören. Stellungnahmen des Beirates sind Gegenstand der Beratungen des Vorstandes und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Der Beirat besteht aus neun Vertretern und deren persönlichen Stellvertretern. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernannt. Die Dauer der Amtszeit des Beirates von bis zu sechs Jahren richtet sich nach der des Vorstandes. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See trägt die Kosten der Tätigkeit des Beirates. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Bundes über Reisekostenvergütungen, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.“

26. In § 291 Absatz 2b Satz 8 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

27. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“

bb) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedureschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Operationen- und Prozedureschlüssels nach Satz 4 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums

für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“

- b) In Absatz 4 Satz 3 und 7 werden jeweils die Wörter „Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.

28. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1“ ersetzt.

29. § 301 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“

- b) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Von dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 1 sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“

- c) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“

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

29b. In § 304 Absatz 2 werden die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen und wird das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu übermitteln“ ersetzt.

29c. § 326 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

30. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:

„§ 327

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

(1) Für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung finden mit Ausnahme des § 275 Absatz 3b und 5, der §§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 und des § 280 Absatz 3 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum keine Anwendung. Bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach den §§ 275c und 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

(2) Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 275 bis 283 und 326 Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2021 fort; nach diesen Vorschriften nehmen ihre am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe ihre Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme des § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum 31. Dezember 2021 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Endet die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, verlängert sie sich bis zu diesem Zeitpunkt. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 aufgelöst, der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 aufgelöst.

§ 328

Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2020 gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen; die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der in § 279 Absatz 4 Satz 1 genannten Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben bis zum 31. Dezember 2020 ihre Vertreter gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen. Der gemäß Satz 1 besetzte Verwaltungsrat hat bis zum 31. März 2021 die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung bis zum 30. Juni 2021 zu entscheiden und das Datum der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Sie hat das Datum des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung erteilt wurde, öffentlich bekanntzumachen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Der jeweils amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter gelten bis zum 31. Dezember 2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand.

(2) Die Medizinischen Dienste, die als eingetragene Vereine organisiert sind, werden im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 als Körperschaften des öffentlichen Rechts neu konstituiert. Die jeweiligen eingetragenen Vereine erlöschen mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.

(3) Die Rechte und Pflichten einschließlich des Vermögens der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datums auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer und Auszubildenden dürfen bis zum 31. Dezember 2022 nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum 31. Dezember 2022 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort. Der bei dem jeweiligen Medizinischen Dienst bestehende Betriebsrat nimmt ab dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt übergangsweise die Aufgaben eines Personalrats nach dem jeweiligen Personalvertretungsrecht wahr. Im Rahmen seines Übergangsmandats hat der Betriebsrat insbesondere die Aufgabe, unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl zu bestellen. Das Übergangsmandat des jeweiligen Betriebsrates endet, sobald ein Personalrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben worden ist, spätestens jedoch zwölf Monate nach dem in Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt. Die in dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt bestehenden Betriebsvereinbarungen gelten längstens für die Dauer von zwölf Monaten als Dienstvereinbarungen fort, soweit sie nicht durch eine andere Regelung ersetzt werden. Auf die bis zum nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datum förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Gleiches gilt für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Arbeitsgerichten. Die Sätze 2 bis 4 gelten für Ausbildungsverhältnisse entsprechend. Die Sätze 6 bis 8 gelten für die Jugend- und Auszubildendenvertretung entsprechend mit der Maßgabe, dass der das Übergangsmandat innehabende Betriebsrat unverzüglich einen Wahlvorstand und seine vorsitzende Person zur Wahl einer Jugend- und Auszubildendenvertretung zu bestimmen hat.

(4) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrnenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrnenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrnenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.

(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, bis zum 31. März 2021 zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sammelt die Vorschläge für die Wahl nach Satz 2 in nach Vertretergruppen gemäß § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 und nach Geschlecht getrennten Listen und versendet diese an die jeweiligen Vertretergruppen der Medizinischen Dienste. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet einen Vertreter, der die Stimmen jedes Mitglieds der Vertretergruppe entsprechend dessen Weisungen abgibt. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur Wahl, leitet die Wahl und regelt das Nähere. Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt; bei Stimmgleichheit entscheidet das Los. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund und leitet diese. In der konstituierenden Sitzung sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und 7 und die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz 7 am 30. Juni 2022 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 2 am 30. September 2021 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 3 am 31. Dezember 2021 endet und die Satzung vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.“

## **Artikel 2**

### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 199a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und“ gestrichen.
2. In Absatz 3 Nummer 1 werden die Wörter „oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2“ gestrichen.
3. Absatz 6 Satz 2 wird aufgehoben.
4. In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „sowie Bescheinigungen“ gestrichen.

## **Artikel 3**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17b wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 6 werden im ersten Halbsatz die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2016“ gestrichen und werden im zweiten Halbsatz die Wörter „die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen“ durch die Wörter „die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung“ ersetzt.
  - b) In Satz 5 werden die Wörter „bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und“ gestrichen.
  - c) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“
2. § 17c wird wie folgt geändert:
  - a) In der Überschrift wird das Wort „Schlichtungsausschuss“ durch das Wort „Statistik“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt und werden die Wörter „§ 275 Absatz 1c Satz 2“ durch die Wörter „§ 275c Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
    - bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

      1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,

2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort,
7. die Abwicklung von Rückforderungen und
8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind.“

- cc) In dem neuen Satz 6 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Satz 1 oder Satz 5“ und nach dem Wort „nicht“ die Wörter „oder nicht fristgerecht“ eingefügt.
- c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:
- „(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.
- (2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
- e) Die Absätze 4 und 4b werden die Absätze 3 und 4.

f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

g) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ ersetzt und werden das Komma und die Wörter „Absatz 3 Satz 7 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3“ gestrichen.

h) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

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

i) Die folgenden Absätze 6 und 7 werden angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen

bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationersetzender Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam haben zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.“

3. § 19 wird wie folgt gefasst:

„§ 19

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 5 und 7 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverständige als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Für die Geschäftsführung des Schlichtungsausschusses wird eine Geschäftsstelle errichtet, die insbesondere die Vorbereitung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses und die Information über dessen Entscheidungen vornimmt. Die Geschäftsstelle wird von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführt, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Schlichtungsausschusses sowie das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren.

(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.

(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die nach dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats in das Krankenhaus aufgenommen werden, und für die Krankenhausabrechnungen, die

zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und gelten als Kodierregeln.

(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.“

## Artikel 4

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nummer 2 gehören

1. eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten“ ersetzt.
- b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „die Jahre ab dem“ durch das Wort „das“ ersetzt.
- c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

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

1. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen:
  - a) von Hygienefachkräften: in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2019,

- b) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie: in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
  - c) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
  - d) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
  - e) von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten: in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2016,
2. Fort- oder Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2022:
- a) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2020 in Höhe von jährlich 40 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
  - b) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
  - c) Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Fortbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert und
  - d) strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2013 bis 2026.

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

- 1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
  - a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
  - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,

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

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

3. § 6 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 werden die Wörter „von den Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
    - bb) In Satz 7 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2a Satz 2 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
4. § 6a wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.
    - bb) In Satz 7 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.
    - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die vom Krankenhaus vorgelegten Daten zu den pflegebudgetrelevanten Kosten in elektronischer Form. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Daten nach Satz 5 und zu Maßnahmen im Falle einer nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“

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

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

6. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4, der Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

7. § 15 Absatz 2a Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

8. § 21 wird wie folgt geändert:

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

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

beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zusätzlich gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln;“.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Darüber hinaus hat die Datenstelle für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Der Abschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro. Zur Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 wird ein Abschlagsfaktor gebildet, indem die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts durch die Anzahl der Pflegevollkräfte, für die vollständig und rechtzeitig Daten übermittelt wurden, dividiert wird, wobei als Nenner mindestens die Zahl 1 anzunehmen ist. Der Abschlagsfaktor ist kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden und mit dem Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro zu multiplizieren. Übermittelt ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte, hat die Datenstelle die Anzahl der Pflegevollkräfte für die Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 sachgerecht zu schätzen.“

bb) In dem neuen Satz 7 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 2“ eingefügt.

cc) In dem neuen Satz 8 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Wörter „die Abschläge nach den Sätzen 1 und 2 und“ eingefügt.

## **Artikel 5**

### **Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

§ 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.

## **Artikel 6**

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

01. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.“

02. In § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.

1. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Entgelte für Leistungen dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“

2. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie unter Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
3. In § 18 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.

## Artikel 7

### Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 56 Absatz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
2. In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

## Artikel 7a

### Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 48 Absatz 6 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 46 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Bei den Krankenkassen nach § 35a hat jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerber zu enthalten.“

## Artikel 8

### Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

In § 128 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2019 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.

## **Artikel 9**

### **Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 76 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2639) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(3) Ein Widerspruchsrecht besteht nicht in den Fällen des § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, des § 275c Absatz 1 und des § 275d Absatz 1 des Fünften Buches, soweit die Daten durch Personen nach Absatz 1 übermittelt werden.“

## **Artikel 10**

### **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Die Angabe zu § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.
  - b) Die Angaben zu den §§ 53a und 53b werden wie folgt gefasst:

„§ 53a Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

§ 53b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.
  - c) Nach der Angabe zu § 53b wird folgende Angabe zum Fünften Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund“.
2. In § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
3. In § 15 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
4. § 17 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

## „§ 17

## Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.

- b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
  - c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
  - d) Absatz 1b wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt und werden die Wörter „bis zum 30. November 2016“ gestrichen.
    - bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
5. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 1a Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  - b) Absatz 2b wird aufgehoben.
  - c) Absatz 2c wird Absatz 2b.
  - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In den Sätzen 1 und 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
    - bb) In Satz 11 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „konkretisiert“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.
    - cc) Folgender Satz wird angefügt:
 

„Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.“
  - e) In Absatz 5a Satz 4 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „Kriterien“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.
  - f) In Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  - g) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 

„Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“
6. In § 18a Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
7. § 18b Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 

„Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien.“

- b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.
8. In § 18c Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
  9. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 wird nach dem Wort „(Praktikanten)“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.
  10. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.
  11. In § 31 Absatz 3 Satz 1, § 33 Absatz 1 Satz 5, § 38a Absatz 1 Satz 2, § 44 Absatz 1 Satz 2 und § 46 Absatz 3 Satz 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  12. § 53a wird aufgehoben.
  13. § 53b wird § 53a und in Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  14. § 53c wird § 53b.
  15. Nach § 53b wird folgender Fünfter Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

(1) Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund gemäß § 281 des Fünften Buches nimmt die ihm nach § 53d zugewiesenen Aufgaben wahr.

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

## § 53d

## Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b,
2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
4. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
5. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“

16. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

- b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
17. In § 92a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, § 94 Absatz 2 Satz 2 und § 112 Absatz 3 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
18. § 112a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.
- e) In Absatz 6 werden die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes Bund“ ersetzt.
19. In § 113 Absatz 1 Satz 1, § 113a Absatz 1 Satz 4, § 113b Absatz 2 Satz 9 und § 113c Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- 19a. In § 113b Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 wird nach dem Wort „Reisekosten“ ein Komma und werden die Wörter „eines Verdienstaufschlags sowie die Zahlung eines Pauschbetrages“ eingefügt.
20. In § 114 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
21. § 114a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 und 4, Absatz 2 Satz 1, 4 und 5 und Absatz 4 Satz 4 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen, werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt, wird die Angabe „30. Juni 2011“ durch die Angabe „30. Juni 2020“ ersetzt und wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt und werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
- bb) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
- cc) In Satz 11 werden die Wörter „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch die Wörter „die Medizinischen Dienste“ ersetzt.
22. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt sowie die Wörter „bis zum 30. September 2019“ gestrichen.
  - b) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
23. § 115 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  - b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 9 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
    - bb) In Satz 10 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
  - c) In Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
24. § 115a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  - c) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
25. In § 117 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
26. § 118 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ gestrichen.
  - b) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung“ eingefügt.
  - c) In Satz 7 werden die Wörter „zur Erstattung der Reisekosten“ gestrichen.
27. § 142 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
    - bb) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
  - b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.

## Artikel 11

### Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 62a Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.

2. In § 78 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.

## **Artikel 12**

### **Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung**

Die Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung vom 27. März 1996 (BGBl. I S. 568), die zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird aufgehoben.

## **Artikel 13**

### **Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes**

In § 13a Absatz 3 Satz 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1952; 2012 I S. 197), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Wörter „Alters- oder Fachsemestergrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Altersgrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 oder Nummer 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

## **Artikel 13a**

### **Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

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

## **Artikel 14**

### **Evaluierung**

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 auf der Grundlage des Berichts nach § 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe zu untersuchen und auch eventuelle Folgewirkungen für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

#### **Artikel 14a**

### **Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union**

In § 8 Absatz 2 des Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 2019 (BGBl. I S. 418) werden die Wörter „Satz 1 und 2“ durch die Wörter „Satz 1 bis 3“ ersetzt.

#### **Artikel 14b**

### **Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung**

§ 23 Absatz 2 Satz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung vom 28. Juli 1997 (BGBl. I S. 1946), die zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 5 wird das Wort „oder“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
2. In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort „oder“ ersetzt.
3. Folgende Nummer 7 wird angefügt:  
„7. die nicht die nach § 48 Absatz 6a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Quoten einhält.“

#### **Artikel 15**

### **Inkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2020 in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 17 und 19 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung dieses Gesetzes] in Kraft.
- (3) Artikel 1 Nummer 2c und 10b, Artikel 5 und Artikel 14a treten am 1. Januar 2021 in Kraft.
- (4) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.