

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 1

(Wiederholungsbelehrungen nach § 43 Absatz 4

(Änderung des Infektionsschutzgesetzes) lediglich alle zwei Jahre)

In Artikel 1 wird nach Nummer 9 folgende Nummer 9a eingefügt:

9a. In § 43 Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „jährlich“ durch die Wörter „alle zwei Jahre“ ersetzt.’

Begründung:

Der Zeitraum, nach dessen Ablauf ein Arbeitgeber Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit bestimmten Lebensmitteln nach § 42 Absatz 1 Satz 1 oder 2 Infektionsschutzgesetz Umgang haben, erneut über das Tätigkeitsverbot bei Vorliegen bestimmter Krankheiten und über die Pflicht, das Vorliegen eines solchen Hinderungsgrundes mitzuteilen, belehren muss, wird zur Reduzierung von Bürokratielasten von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert. Im Hinblick auf den geringen Umfang der Belehrungsinhalte ist eine Wiederauffrischung des Wissens nach zwei Jahren ausreichend.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 3 Nummer 4a – neu – (§ 171d SGB V)

(Befristete Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse)

Nach Artikel 3 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. Dem § 171d wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen. Die Aufnahme eines Darlehens bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die nur erteilt werden darf, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachweist, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um Ansprüche von Gläubigern innerhalb des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen. Darlehen nach Satz 1 dürfen nur bis zum 30. Juni 2012 aufgenommen und genehmigt werden. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von 12 Monaten zurückzuzahlen.“

Begründung:

Im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse obliegt dem GKV-Spitzenverband die organisatorische Abwicklung der Haftung. Das bedeutet vor allem, dass er für die Befriedigung der Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer verantwortlich ist. Typischerweise ist der größte Teil dieser Ansprüche kurzfristig zu erfüllen. Selbst bei Haftungsfällen kleineren Ausmaßes reichen die Betriebsmittel des GKV-Spitzenverbands hierfür nicht aus. Da die gesetzlich vorgesehene Refinanzierung durch Umlage bei den betroffenen Mitgliedskassen einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird, ist eine zeitgerechte Erfüllung dieser Verbindlichkeiten nicht gewährleistet. Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer auf die Befriedigung fälliger Forderungen warten müssen, wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband – im Gegensatz zu den Krankenkassen, die nach § 222 SGB V kein Darlehen zum Haushaltsausgleich aufnehmen dürfen – zur

Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen kann. Die Kosten des Darlehens, also insbesondere die Zinsen, gehören zu den Haftungsbeträgen, die von den betroffenen Mitgliedskassen zu tragen sind.

Die Aufnahme eines Darlehens durch den GKV-Spitzenverband darf jedoch nur dann erfolgen, wenn dies unabdingbar notwendig ist, weil die zur Erfüllung der Ansprüche von Gläubigern erforderlichen Mittel innerhalb des Fälligkeitszeitraums nicht von den Mitgliedskassen aufgebracht werden können. Aus diesem Grund muss eine Darlehensaufnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Hierdurch wird auch vermieden, dass Darlehen durch eine Körperschaft der mittelbaren Staatsverwaltung, die dem Haushaltsgesetzgeber gegenüber nicht unmittelbar verantwortlich ist, ohne Mitwirkung des Bundesministeriums für Gesundheit aufgenommen werden.

Da die Darlehensaufnahme ausschließlich der Zwischenfinanzierung der Haftungsbeträge dient, um die Refinanzierung durch die Mitgliedskassen zu ermöglichen, ist der Darlehensbetrag zum frühest möglichen Zeitpunkt, spätestens aber nach 12 Monaten zurückzuzahlen.

Weil bisher keine praktischen Erfahrungen zu Bedarf und Umfang einer Darlehensaufnahme im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse vorliegen, und Darlehensaufnahmen durch den GKV-Spitzenverband nur in Ausnahmefällen bei einer möglichen kurzfristigen Inanspruchnahme durch die Gläubiger einer geschlossenen Krankenkasse möglich sein sollen, wird die Möglichkeit zur Aufnahme von Darlehen auf ein Jahr befristet.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 3 Nummer 4a
(§ 242 Absatz 5 SGB V)

(Kein Zusatzbeitrag für Personen, die in
Einrichtungen der Jugendhilfe für eine
Erwerbstätigkeit befähigt werden)

Nach Artikel 3 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

,4a. In § 242 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 5 bis 8“ ersetzt.’

Begründung:

Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, ist dieser grundsätzlich von allen Mitgliedern der betreffenden Krankenkasse zu zahlen. Abweichend hiervon sind nach § 242 Absatz 5 SGB V bestimmte Mitgliedergruppen von der Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags befreit. Unter anderem ist ein Zusatzbeitrag nicht zu erheben von versicherungspflichtigen Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nummer 6 SGB V) und behinderten Menschen in Einrichtungen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 oder 8 SGB V versichert sind, sowie von Personen, die in außerbetrieblichen Einrichtungen ausgebildet werden (§ 5 Absatz 4a SGB V).

Der Regelungszweck des § 242 Absatz 5 SGB V besteht vor allem darin, für besonders schutzbedürftige Personengruppen die Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags auszuschließen, soweit und solange sie neben den das Versicherungsverhältnis prägenden beitragspflichtigen Einnahmen über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 SGB V, also Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ist in wirtschaftlicher Hinsicht von keiner geringeren Schutzbedürftigkeit auszugehen, als bei den vom Zusatzbeitrag befreiten Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Von daher ist es sachgerecht, dass auch diese Personen von der Verpflichtung zur Zahlung von Zusatzbeiträgen ausgenommen sind. Dies wird mit der Änderung gesetzlich ausdrücklich geregelt.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 3 Nummer 4b
(§ 242a Absatz 1 SGB V)

(keine Berücksichtigung von Personen,
für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird,
beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag)

Nach Artikel 3 Nummer 4a (neu) wird folgende Nummer 4b eingefügt:

„4b. In § 242a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „geteilt durch die voraussichtliche“ die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte“ eingefügt.“

Begründung:

Die Änderung sieht vor, dass bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a Absatz 1 SGB V im Hinblick auf die prognostizierte Unterdeckung die Mitglieder nicht berücksichtigt werden, von denen ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 5 SGB V nicht erhoben wird.

Bisher sah § 242a SGB V für die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags vor, dass die seitens des Schätzerkreises aufgezeigte Unterdeckung des Folgejahres durch die voraussichtliche Anzahl der Mitglieder in der GKV geteilt wird. Dabei blieb allerdings unberücksichtigt, dass von ca. 1,5 Mio. Mitgliedern der GKV (Krankengeldbezieher, Elterngeldbezieher, behinderte Menschen in Einrichtungen, Bezieher von Verletztengeld etc.) nach § 242 Absatz 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags sind die Mitglieder nicht zu berücksichtigen, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Hiermit wird sichergestellt, dass der Sozialausgleich auf Grundlage des Zusatzbeitrags erfolgt, der zum Ausgleich der prognostizierten Unterdeckung führt, wenn dieser Zusatzbeitrag in durchschnittlicher Höhe von allen Mitgliedern bzw. für alle Mitglieder in der GKV, von denen ein Zusatzbeitrag erhoben wird, gezahlt wird.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 3 Nummer 4c
(§ 242b Absatz 6 SGB V)

(Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII an die den Beitrag abführenden Stellen)

Nach Artikel 3 Nummer 4b (neu) wird folgende Nummer 4c eingefügt:

- '4c. Dem § 242b Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:
"Bezieht ein Mitglied Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII oder endet der Bezug dieser Leistungen, teilt die Krankenkasse den den Beitrag abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraumes mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.'

Begründung:

Die geltende Regelung in § 242b Absatz 6 SGB V sieht unter anderem vor, dass Mitglieder, die Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII beziehen, keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben. Dies beinhaltet zum einen Bezieher von Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt), die in aller Regel Pflichtversicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder freiwillig versichert sind. Für diese Mitgliedergruppen sind nach Absatz 4 die Krankenkassen bereits für die Durchführung des Sozialausgleichs zuständig. Sie prüfen daher in diesen Fällen auch die Anspruchsberechtigung bzw. den Wegfall des Anspruchs auf Sozialausgleich bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII.

Zum anderen beinhaltet die Regelung Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII, die in aller Regel aufgrund eines Rentenbezugs der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V sind. Durch die Ergänzung wird nun klargestellt, dass es für diesen Personenkreis in der Verantwortung der Krankenkassen liegt, bei Kenntnis über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII den den Beitrag abführenden Stellen mitzuteilen, dass für das jeweilige Mitglied kein Sozialausgleich durchzuführen ist. Eine

Übermittlung des Meldegrundes an die den Beitrag abführenden Stellen ist hierbei nicht erforderlich.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 3 Nummer 9 – neu –

(Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge und der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus)

In Artikel 3 wird folgende Nummer 9 angefügt:

„9. Nach § 295 wird folgender § 295a eingefügt:

„§ 295a

Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

(1) Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a erbrachten Leistungen sind die an diesen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die nach den Vorschriften dieses Kapitels erforderlichen Angaben an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als verantwortliche Stelle zu übermitteln, indem diese Angaben entweder an ihn oder an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle weitergegeben werden; für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor Abgabe der Teilnahmeerklärung an der Versorgungsform umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert worden ist und mit der Einwilligung in die Teilnahme zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung schriftlich eingewilligt hat. Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die beauftragte andere Stelle dürfen die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen; sie übermitteln die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an den jeweiligen Vertragspartner auf Krankenkassenseite.

(2) Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite darf eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung der in Absatz 1 genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen; § 291a bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden mit der weiteren Maßgabe, dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind und dass abweichend von dessen Absatz 5 die Beauftragung einer nichtöffentlichen Stelle auch zulässig ist, soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand erfasst; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Für Auftraggeber und Auftragnehmer, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehören, gilt diese Vorschrift entsprechend; sie haben insbesondere die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen.

(3) Für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen darf das Krankenhaus eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Begründung:

Mit der Neuregelung in § 295a wird im Anschluss an die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember 2008 (B 6 KA 37/07) und an die zum 1. Juli 2011 auslaufende Regelung in § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 eine bereichsspezifische Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c und zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a geschaffen. Die Besonderheiten dieser Versorgungsformen erfordern es, einen Abrechnungsweg über die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite zusätzlich zu der direkten Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse zu ermöglichen. Die hierzu erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bedarf einer gesetzlichen Ermächtigung. Zudem ist es für die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gegebenenfalls erforderlich zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung eine andere Stelle, zum Beispiel ein privatrechtlich organisiertes Rechenzentrum, einzuschalten. Auch hierzu werden die gesetzlichen datenschutzrechtlichen Befugnisse geschaffen und die datenschutzrechtlichen Anforderungen aus dem geltenden Recht übernommen. Für die ebenfalls zum 1. Juli 2011 auslaufende Regelung in § 120 Absatz 6 wird in Absatz 3 eine Anschlussregelung geschaffen.

Die Vorschrift des § 295a – neu – wird im Rahmen der nach dem Koalitionsvertrag geplanten grundsätzlichen Überprüfung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) ebenfalls im Jahr 2012 zu überprüfen sein.

Zu Absatz 1

Mit Satz 1 wird den an den besonderen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringern die Befugnis eingeräumt, die für die Abrechnung der im Rahmen dieser Verträge erbrachten Leistungen erforderlichen Angaben an den sie vertretenden Vertragspartner oder an eine von diesem nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle zu liefern. Bei den erforderlichen Angaben handelt es sich um die für die Abrechnung der jeweiligen Leistungen nach den entsprechenden Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB V ausdrücklich erforderlichen Angaben. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen sind dies die Angaben nach § 295 Absatz 1; für die Leistungen anderer Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung die in den jeweiligen Vorschriften genannten Angaben. Mit dem Eingang der Daten bei dem Vertragspartner oder der von ihm beauftragten Stelle geht die datenschutzrechtliche Verantwortung auf den Vertragspartner über, das heißt er wird verantwortliche Stelle im datenschutzrechtlichen Sinne.

Sofern der einzelne Leistungserbringer selbst Vertragspartner der Krankenkasse ist, übermittelt er die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Angaben unmittelbar an die Krankenkasse (vergleiche § 295 Absatz 1b Satz 1 für die ärztlichen Leistungen). Regelmäßig sind Vertragspartner der Krankenkasse jedoch nicht einzelne Leistungserbringer, sondern Gemeinschaften von Leistungserbringern sowie Träger von Einrichtungen oder deren Gemeinschaften. Die in Betracht kommenden Vertragspartner auf Leistungserbringerseite ergeben sich aus den Regelungen in § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140b Absatz 1. In diesen Konstellationen kann es zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Erfüllung vertraglich vereinbarter Pflichten erforderlich sein, dass die Abrechnung der vereinbarten und erbrachten Leistungen über die Vertragspartner erfolgt. So kann der Vertragspartner die Abrechnung der erbrachten Leistungen für die Krankenkassen, die Rechnungslegung zwischen den Beteiligten sowie die Honorarverteilung gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern übernehmen. Korrespondierend hierzu wird der erforderliche Datenfluss von den Leistungserbringern an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle durch die bereichsspezifische Befugnisnorm ermöglicht. Die Übermittlungsbefugnis ist auf die für die Abrechnung erforderlichen Daten beschränkt. Um sicherzustellen, dass das Schutzniveau des Sozialdatenschutzes auch bei der Datenübermittlung nach diesem Absatz gilt, wird § 35 SGB I für entsprechend anwendbar erklärt und der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite auch in diesem Verhältnis den Stellen nach § 35 SGB I gleichgestellt.

Die gesetzliche Übermittlungsbefugnis wird geschaffen, weil die Einschaltung einer anderen Stelle, zum Beispiel eines privatrechtlich organisierten Rechenzentrums, für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite erforderlich sein kann, wenn es sich zum Beispiel um eine Gemeinschaft von Leistungserbringern handelt, die selbst nicht über die erforderlichen Kapazitäten zur ordnungsgemäßen Datenverarbeitung zu Abrechnungszwecken verfügt. Voraussetzung für die Datenübermittlung von den Leistungserbringern an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die von diesem beauftragte andere Stelle ist die schriftliche Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme an der besonderen Versorgungsform und zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung, die vor Beginn der Teilnahme gegeben wird. Hierzu ist er vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über die Nutzung seiner Daten zu informieren. Der Versicherte soll vor der Einwilligung alle Informationen erhalten, die notwendig sind um Anlass, Ziel und Folgen der Verarbeitung einschätzen zu können. Dazu gehört die Information welche Daten zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt werden. Mit dem Erfordernis der Einwilligung in die Teilnahme an der besonderen Versorgungsform nach umfassender Information über die damit verbundene Datenübermittlung wird dem grundrechtlich geschützten Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung getragen. Dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Einzelnen steht das Allgemeininteresse an der Durchführung der besonderen Versorgungsformen gegenüber. Der Gesetzgeber hat die besonderen Versorgungsformen mit der Zielsetzung einer bedarfsgerechteren, individuellen am Wohl des Einzelnen ausgerichteten Versorgung eingeführt. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur integrierten Versorgung dienen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch dem Gemeinwohl. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass es sich bei den zu Abrechnungszwecken übermittelten Daten auch um sensible Gesundheitsdaten des Versicherten handelt, deren Weiterleitung an andere Stellen für den Versicherten transparent sein muss. Daher ist auch unter Würdigung des Allgemeininteresses an der Durchführbarkeit der besonderen Versorgungsformen die vorherige Information des Versicherten über die Nutzung des besonderen Abrechnungsweges und die damit verbundene Datenübermittlung geboten. Die Verknüpfung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform mit dem besonderen Abrechnungsweg ist dem Versicherten auch zumutbar. Die besonderen Versorgungsformen stellen für die Versicherten ein freiwilliges Angebot in Ergänzung der kollektivvertraglichen Versorgung dar. Durch die gesetzlichen Vorgaben der Neuregelung, insbesondere in Absatz 2, wird auch der mögliche Abrechnungsweg in den besonderen Versorgungsformen auf einem hohen Datenschutzniveau abgesichert.

Die Befugnis des Vertragspartners auf Leistungserbringerseite oder der von diesem beauftragten anderen Stelle ist nach Satz 3 ausdrücklich auf die Erhebung, Verarbeitung und

Nutzung der erhaltenen Abrechnungsdaten zu Abrechnungszwecken und die Weiterleitung der Daten an den Vertragspartner auf Krankenkassenseite beschränkt.

Ferner gilt auch für den möglichen Abrechnungsweg über den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem beauftragte Stelle § 295 Absatz 1b Satz 2, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung für die Abrechnung im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a regelt. Dies entspricht der Regelungssystematik für die Datenübermittlung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen nach § 295 Absatz 1, für die nach § 295 Absatz 4 die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Nähere regelt.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung werden im Wesentlichen die mit der 15. AMG-Novelle (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 - BGBl I S. 1990) in § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 geschaffenen und bis zum 1. Juli 2011 befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen, zum Beispiel privatrechtlich organisierter Abrechnungsstellen oder Rechenzentren, im Rahmen der besonderen Versorgungsformen übernommen.

Die neue Formulierung in Satz 1 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 5) trägt dem neuen Regelungsstandort Rechnung und knüpft an den in Absatz 1 ermöglichten Abrechnungsweg an. Ferner wird durch die Formulierung klargestellt, dass der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite der im datenschutzrechtlichen Sinn verantwortliche Auftraggeber für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die andere Stelle ist.

In Satz 2 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 6) wird im Hinblick auf die Anwendung des § 80 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), der die Möglichkeit von Unterauftragsverhältnissen offen lässt, nun ausdrücklich vorgegeben, dass diese ausgeschlossen sind. Mit dem Ausschluss der Unterbeauftragung einer weiteren Stelle wird der Kreis der an der Datenverarbeitung beteiligten Stellen zum Schutz der besonders sensiblen Gesundheitsdaten des Versicherten eingeschränkt. Die strengen Vorgaben für die Auftragserteilung an nichtöffentliche Stellen nach § 80 Absatz 5 SGB X sind im Hinblick darauf, dass § 35 SGB I nach Satz 3 auch für den Auftragnehmer gilt, nicht erforderlich. Von der Vorgabe, dass der überwiegende Teil des gesamten Datenbestandes beim Auftraggeber verbleiben muss, wird deshalb abgesehen. Ferner wird mit dem zweiten Halbsatz – wie in der bisherigen Regelung – festgelegt, dass Auftraggeber und Auftragnehmer der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zuständigen Aufsichtsbehörde unterliegen. Die Kontrollzuständigkeit für den Auftragnehmer ergibt sich bereits aus § 80 Absatz 6 Satz 4 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Anzeige entsprechend § 80 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) ist bei Auftraggebern, die nicht der staatlichen Rechtsaufsicht über Sozialversicherungsträger nach §§ 87 ff. des Vierten Buches

Sozialgesetzbuch (SGB IV) unterliegen, an die nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zuständige Aufsichtsbehörde zu richten.

Die im bisherigen § 295 Absatz 1b Satz 7 enthaltene Vorgabe, dass der Auftragnehmer, hier die beauftragte andere Stelle, die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken erheben, verarbeiten und nutzen darf, ist in Absatz 1 Satz 3 enthalten.

Mit der Ergänzung des Auftragsgebers in Satz 3 (bisher § 295 Absatz 1b Satz 8) wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auch der Auftraggeber, also der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite, nicht zu den in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) genannten Stellen gehören kann. Auch an ihn werden die gleichen datenschutzrechtlichen Anforderungen gestellt, wie sie für die dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stellen gelten. Damit wird für die Einschaltung der anderen Stelle ein hohes Datenschutzniveau gewährleistet. Sowohl der Auftraggeber als auch die andere Stelle als Auftragnehmer werden den Stellen nach § 35 SGB I gleichgestellt. Dies gilt sowohl für den Umfang der Geheimhaltungspflicht als auch für die nach § 78a SGB X zu treffenden technischen und organisatorischen Maßnahmen.

Zu Absatz 3

Hiermit wird eine Anschlussregelung an die Regelung des § 120 Absatz 6 geschaffen, die aufgrund der Übergangsvorschrift des § 320 ebenso wie die Regelung des § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 nur noch bis zum 1. Juli 2011 anwendbar ist. Den Krankenhäusern bleibt damit wie in der Übergangsregelung die Befugnis eingeräumt, die im Rahmen einer Notfallbehandlung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen über eine andere Stelle, zum Beispiel privatrechtlich organisierte Abrechnungsstellen oder Rechenzentren, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen. Die Beibehaltung dieser Abrechnungsmöglichkeit hat insbesondere das Ziel, dem Krankenhaus einen höheren Gestaltungsspielraum beim Datenmanagement zu belassen, in einem Bereich, in dem das Krankenhaus untypischer Weise ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen hat.

Im Gegensatz zur Übergangsregelung wird die Befugnis nunmehr an das Erfordernis der schriftlichen Einwilligung des Versicherten in die Datenweitergabe an die andere Stelle geknüpft. Mit dem Erfordernis der Einwilligung wird in Verbindung mit dem oben genannten Ziel der Regelung unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben dem grundrechtlich geschützten Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung getragen.

Für die schriftliche Einwilligung des Versicherten gilt § 67b Absatz 2 SGB X. Danach ist der Versicherte vor der Einwilligung schriftlich auf den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung hinzuweisen. Der Versicherte soll vor der Einwilligung alle Informationen erhalten, die notwendig sind, um Anlass, Ziel und Folgen der Verarbeitung einschätzen zu können. Dazu gehört die Information, welche Daten zu welchen Zwecken an welche Stelle weitergegeben werden. Ferner ist die Einwilligung des Versicherten nur wirksam, wenn sie auf dessen freier

Entscheidung beruht. Entscheidungen über die Behandlung dürfen nicht von der Einwilligungserklärung abhängig gemacht werden. Die Einwilligung wird in der Regel nach der erfolgten Notfallbehandlung einzuholen sein; sie muss aber in jedem Fall vor der Datenweitergabe vorliegen. Der Versicherte hat das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Wie in der bisherigen Regelung wird klargestellt, dass die Vorgaben des § 291a zur elektronischen Gesundheitskarte unberührt bleiben.

Mit Satz 2 wird ebenfalls wie in der Übergangsregelung ausdrücklich klargestellt, dass der Auftragnehmer die Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen darf.

Mit der Verweisung in Satz 3 werden die datenschutzrechtlichen Vorgaben, wie sie für die Auftragsdatenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgungsformen vorgesehen sind, auch für die Einbeziehung einer anderen Stelle bei der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen im Rahmen der Notfallbehandlung im Krankenhaus übernommen. Sie entsprechen im Wesentlichen den in den Übergangsregelungen enthaltenen Vorgaben. Auf die Begründung zu Absatz 2 wird Bezug genommen.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drs. 17/5178

Zu Artikel 6a - neu - (§§ 30, 40, 41 RSAV)

(Datenübermittlung zum
Korrekturverfahren und Bereinigung der
mitgliederbezogenen Veränderungen der
Zuweisungen)

Nach Artikel 6 wird folgender Artikel 6a eingefügt:

,Artikel 6a Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 30 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „beginnend mit dem Berichtsjahr 2006“ gestrichen und nach dem Wort „Jahres“ ein Komma und die Wörter „die Datenmeldungen nach Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 bis zum 15. April des dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres“ eingefügt
2. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „verringert um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
 - b) In Nummer 4 werden vor dem Wort „Zahl“ die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten“ eingefügt.

3. § 41 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden vor dem Wort „jahresdurchschnittliche“ die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerte“ eingefügt.
- b) In Nummer 3 werden vor dem Wort „jahresdurchschnittlichen“ die Wörter „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten“ eingefügt.’

Begründung:

Zu Nummer 1

Durch die Änderung des Satzes 2 wird klargestellt, dass für ein Korrekturverfahren neben Daten aus dem zweiten auch Daten aus dem dritten der Korrektur vorausgehenden Jahr zu übermitteln sind. Diese Klarstellung ist für die Durchführung des Korrekturverfahrens nach § 266 Abs. 6 Satz 6 SGB V erforderlich. Nach geltender Regelung werden die dem Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen nach § 30 Absatz 4 Satz 1 übermittelten Daten nach Ablauf von zwei Jahren durch eine neue Datenmeldung korrigiert. Da zur Durchführung des Korrekturverfahrens im Hinblick auf den Jahresausgleich für einen Teil dieser Daten eine Verknüpfung mit den entsprechenden Versichertenzeiten des Vorjahres erforderlich ist, wird die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten ergänzend klargestellt. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, die Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland sowie die Versichertentage, für die Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt worden ist. Die zusätzlich zu übermittelnden Daten sind in gleicher Weise pseudonymisiert und im gleichen Verfahren an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln wie die übrigen versichertenbezogenen Daten im Risikostrukturausgleich auch.

Zu Nummer 2

Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen standardisierten Ausgaben der Krankenkassen werden vom Bundesversicherungsamt wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen umgelegt, indem die Zuweisungen durch einen einheitlichen Betrag je Mitglied verändert werden. Die Änderung sieht vor, dass die jeweilige Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen

keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Berechnung in Abzug zu bringen ist. Dies ist zur Wahrung der Wettbewerbsneutralität zwischen Krankenkassen erforderlich, da andernfalls bei Umlage eines negativen Unterschiedsbetrags Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Mitgliedern, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird, benachteiligt würden. Die Änderung entspricht der Änderung in § 242a Absatz 1 SGB V.

Zu Nummer 3

Entsprechend der Regelung in § 40 RSAV sind auch die Unterschiedsbeträge, die aus einem Vergleich der Einnahmen des Gesundheitsfonds mit den GKV-Ausgaben resultieren, im Jahresausgleich wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen aufzuteilen. Um Verwerfungen zu vermeiden, sieht die Änderung vor, dass auch hier die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Berechnung des mitgliederbezogenen Veränderungsbetrags in Abzug zu bringen ist.