

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 (SGB V)

(Einführung einer Versicherungspflicht für Waisenrentner und Folgeänderung zum GKV-FQWG)

1. Der Nummer 1 werden die folgenden Nummern 01 bis 03 vorangestellt:

„01. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Nummer 11a wird die folgende Nummer 11b eingefügt:

„11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches erfüllen und diese Rente beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,“.

b) Dem Absatz 5a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.“

c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus“ eingefügt.

d) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

02. In § 8 Absatz 1 Nummer 4 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.
03. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.
2. Nach Nummer 6d werden die folgenden Nummern 6e bis 6h eingefügt:
- 6e. In § 189 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2“ ersetzt.
- 6f. § 225 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und Waisenrente vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder“.
- 6g. Nach § 237 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Bei Kindern, die Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Waisenrenten bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei.“
- 6h. Nach § 249a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.“

Zu Artikel 1a – neu – (§ 20 SGB XI)

Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

**„Artikel 1a
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 7 des

Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, wird nach der Angabe „11a“ ein Komma und die Angabe „11b“ eingefügt.

Zu Artikel 1b – neu – (KVLG 1989)

Nach Artikel 1a wird folgender Artikel 1b eingefügt:

„Artikel 1b

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.
2. In § 29 Absatz 4 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.
3. Dem § 45 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Kindern, die Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Waisenrenten bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beitragsfrei.“

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 wird wie folgt geändert:

1. Der Wortlaut wird Absatz 1 und nach dem Wort „tritt“ werden die Wörter „vorbehaltlich des Absatzes 2“ eingefügt.
2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Artikel 1 Nummer 01 bis 03 und Nummer 6e bis 6h, Artikel 1a und Artikel 1b treten am 1. Januar 2016 in Kraft.“

Begründung:

Zu Artikel 1 (SGB V)

Zu Nummer 01 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Nach derzeit geltendem Recht sind Halb- oder Vollwaisenrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, wenn sie selbst oder die Person, von der die gesetzliche Rente abgeleitet wird, die Vorversicherungszeit für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erfüllen. Diese Versicherungspflicht entsteht - wie die Versicherungspflicht anderer Bezieher einer gesetzlichen Rente - unabhängig von der Höhe der Rente und schließt eine beitragsfreie Familienversicherung (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) beim überlebenden Elternteil oder bei den Großeltern oder Pflegeeltern aus. Versicherungspflichtige Kinder, die vor dem Tod eines Elternteils oder beider Elternteile beitragsfrei mitversichert waren, müssen aus ihrer Waisenrente einen einkommensabhängigen Beitrag zur GKV leisten. Sofern die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der GKV nicht erfüllt sind, kommt für Halb- oder Vollwaisenrentner eine beitragsfreie Familienversicherung über den anderen Elternteil bzw. über die Großeltern oder Pflegeeltern in Betracht, sofern diese Personen Mitglieder der GKV sind und die betroffenen Kinder die maßgeblichen Alters- und Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Sind weder die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft noch für die Familienversicherung erfüllt, kann die Mitgliedschaft in der GKV als freiwillige Versicherung fortgesetzt werden. Im Rahmen der freiwilligen Mitgliedschaft werden Beiträge nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds unter Einbeziehung der Waisenrente erhoben, mindestens jedoch ein Beitrag ausgehend von der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1.

Mit der Neuregelung wird für Waisenrentner künftig ein eigener Versicherungspflichttatbestand geschaffen. Danach werden Kinder mit einem Anspruch auf Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches (SGB VI), die diese Rente beantragt haben, unabhängig von Vorversicherungszeiten versicherungspflichtig in der GKV. Die Versicherungspflicht in der GKV erfasst damit alle Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder beitragsfrei familienversichert waren oder eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten. Nicht erfasst werden hingegen Waisenrentner, die vor der Stellung ihres Rentenantrags zuletzt privat krankenversichert waren. Zuletzt privat krankenversicherte Waisenrentner werden aber dann von der Versicherungspflicht erfasst, wenn sie die Voraussetzungen der Nummer 11 oder die Voraussetzungen für die Familienversicherung über den anderen Elternteil bzw. die Großeltern oder Pflegeeltern erfüllen würden. Die Vorrangregelung in § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bleibt bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung außer Betracht. Für diesen neu geschaffenen Versicherungspflichttatbestand wird durch die Änderung des § 237 (s. Nummer 6g) die Beitragsfreiheit der Waisenrente innerhalb der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 angeordnet, um diese Personen von Beitragspflichten zu entlasten.

Die besondere Lebens- und Einkommenssituation bei Waisenrentnern rechtfertigt eine gesonderte versicherungsrechtliche Behandlung dieser Personengruppe. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits in seinem Beschluss vom 12. Oktober 1976 (1 BvL 9/74, Rn. 34 f.; zitiert nach juris) ausgeführt, dass zu den selbstverständlichen Verpflichtungen eines Sozialstaates auch die Verpflichtung zähle, jugendlichen Waisen, die sich nicht selbst unterhalten können, Hilfe zu leisten. Gleichzeitig hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt, dass die Entscheidung darüber, wie den Waisen Schutz zu gewähren ist, dem Gesetzgeber obliegt, dem die Verfassung einen Spielraum für seine Gestaltung belasse. Auch das Bundessozialgericht verweist in seiner Entscheidung vom 4. September 2013 (B 12 KR 13/11 R, Rn. 40; zitiert nach juris) auf den weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Ordnung.

Den versicherungspflichtigen Personenkreis grenzt der Gesetzgeber einerseits nach dem Gedanken der Schutzbedürftigkeit des Einzelnen ab und andererseits nach dem Aspekt der Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft (s. Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000, 1 BvL 16/96 u. a., BVerfGE 102, S. 68). Durch die Versicherungspflicht in der GKV kann ein ausreichender, finanzierbarer Versicherungsschutz erreicht werden, indem die finanziell Starken die Schwachen, die Gesunden die Kranken und die Jungen die Älteren unterstützen. Dieses Solidaritätsprinzip ist einer der Hauptpfeiler der GKV.

Minderjährige Kinder oder Kinder, die nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, werden als sozial schutzbedürftig angesehen und sind schon nach geltendem Recht unter den Voraussetzungen des § 10 in die Familienversicherung einbezogen. Die Regelung berücksichtigt dabei, dass die Eltern ihren Kindern gegenüber unterhaltsverpflichtet sind. Dieser Unterhalt entfällt mit dem Tod eines oder beider Elternteile.

In typisierender Betrachtung ist es daher gerechtfertigt, bisher gesetzlich versicherte Waisenrentner sowie Waisenrentner, die die Voraussetzungen für die Familienversicherung dem Grunde nach erfüllen, auch unabhängig von der Länge der Vorversicherungszeiten in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einzubeziehen. Diese Kinder sind regelmäßig noch nicht erwerbstätig oder befinden sich in Schul- oder Berufsausbildung.

Einbezogen in diese Versicherungspflicht werden damit alle Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder bereits pflichtversichert nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 waren, die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllten oder eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten. Außerdem werden Kinder von der Versicherungspflicht erfasst, die über den überlebenden Elternteil, ihre Großeltern oder Pflegeeltern die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen würden und somit auch nach bisher geltendem Recht in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einbezogen waren.

Nicht erfasst von der Versicherungspflicht werden hingegen wie bisher auch diejenigen Waisenrentner, die keinen ausreichenden Bezug zur GKV haben, weil sie bisher privat krankenversichert waren, die Vorversicherungszeit nach Nummer 11 nicht erfüllen bzw. diese auch nach Absatz 2 Satz 2 für sie nicht als erfüllt gilt und die auch nicht über den überlebenden Elternteil, ihre Großeltern oder Pflegeeltern die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen würden.

Die Mitgliedschaft der von § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfassten Personen beginnt nach § 186 Absatz 9 grundsätzlich mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Für Waisenrentner, die die Rente bereits vor Inkrafttreten des neuen Pflichttatbestandes beantragt haben oder beziehen, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes.

Die Versicherungspflicht in der GKV nach dem neuen § 5 Absatz 1 Nummer 11b endet spätestens, wenn der Rentenbezug endet. Sie tritt außerdem hinter bestimmten vorrangigen Versicherungspflichttatbeständen zurück (s. dazu zu Buchstaben c und d).

Zu Buchstabe b

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde geregelt, dass ab dem 1. Januar 2016 alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich versicherungspflichtig sind, soweit sie nicht privat krankenversichert oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Familienversicherung ist nicht mehr vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Auf diese Weise entfällt eine für die Jobcenter und Krankenkassen verwaltungsaufwändige und fehleranfällige Prüfung.

Mit der Anfügung eines neuen Satzes 3 in § 5 Absatz 5a wird dieses Ziel der Neuregelung des GKV-FQWG vollständig erreicht. Auch für Beziehende von Arbeitslosengeld II, die nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig sind, weil sie zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, wird die Familienversicherung künftig ausgeschlossen. Mit dieser Rechtsänderung wird sichergestellt, dass die Jobcenter und Krankenkassen künftig vollständig von der Prüfung und Meldung der Familienversicherung entlastet werden.

Durch die Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass Personen, die am 31. Dezember 2015 Arbeitslosengeld II beziehen und familienversichert sind, auch weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet bleiben. Da die Familienversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II ab dem 1. Januar 2016 nicht mehr durchzuführen ist, werden diese Personen unter den dort geregelten Voraussetzungen versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a.

Die Neuregelung führt zu geringfügigen Mehrausgaben des Bundes. Da der für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II vom Bund zu leistende Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in der Regel oberhalb der ab 2016 durch den Bund zu leistenden Pauschale für in der GKV pflichtversicherte Bezieher von ALG II liegen dürfte, ist mit Mehrausgaben des Bundes in 2016 im oberen sechsstelligen Bereich zu rechnen, die in den Folgejahren auf einen niedrigen einstelligen Millionenbereich anwachsen dürften. Für die GKV entstehen Minderausgaben in ähnlicher Größenordnung.

Zu Buchstabe c

Ebenso wie die Versicherungspflicht als Rentner ist die Versicherungspflicht als Waisenrentner vorrangig vor der Versicherungspflicht als Studierender oder Praktikant, es sei denn, die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus.

Nach Vollendung des 25. Lebensjahres ist damit die Versicherungspflicht für Studierende oder Praktikanten in der Regel vorrangig vor der Versicherungspflicht als Waisenrentner, so dass eine – auch hinsichtlich der zu entrichtenden Beiträge – Gleichbehandlung der in der GKV versicherten Studierenden während des Studiums gewährleistet ist.

Infolge des Vorrangs der Versicherungspflicht für Studierende oder Praktikanten und der damit einhergehenden Beitragsbemessung gemäß § 236 ist die (Waisen-)Rente zwar grundsätzlich neben dem Studentenbeitrag beitragspflichtig. Höchstrichterlicher Rechtsprechung (Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Dezember 1995, 12 RK 74/94, USK 95153) zufolge ist dem Mitglied jedoch auf Antrag sein Eigenanteil an den Beiträgen aus der Rente von der Krankenkasse zu erstatten, soweit dieser (zusammen mit eventuell aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträgen) den Studentenbeitrag nicht übersteigt. Dabei ist auch auf die Summe der Beiträge unter Einbeziehung des Zusatzbeitrags abzustellen und anschließend der Überschreibungsbetrag aufzuteilen. In der Folge sind dem Rentenversicherungsträger die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile in entsprechender Anwendung des § 231 Absatz 2 Satz 3 zu erstatten. Die gesetzliche Rentenversicherung wird insoweit von Beiträgen entlastet.

Durch die Änderung wird gleichzeitig die Versicherungspflicht nach Nummer 11a ausdrücklich in die für Rentner nach Nummer 11 und 12 geltende Vorrangregelung einbezogen. Nummer 11a erfasst bestimmte Künstler und Publizisten, die nicht bereits nach Nummer 11 die Voraussetzungen für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Insoweit wird eine Regelungslücke geschlossen, da kein Grund dafür erkennbar ist, die Versicherungspflicht nach Nummer 11a insoweit anders zu behandeln (zur Auslegung gegen den Wortlaut im Rahmen des Absatzes 8 s. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, 87. EL Februar 2015, § 5 SGB V Rn. 98).

Zu Buchstabe d

Es wird sichergestellt, dass die Pflichttatbestände nach Absatz 1 Nummer 1 bis 7 oder Nummer 8 ebenso wie vor der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11 vorrangig vor der Versicherungspflicht als Waisenrentner nach Absatz 1 Nummer 11b sind. Sobald ein Waisenrentner daher beispielsweise ein Arbeitsverhältnis im Rahmen einer Beschäftigung aufnimmt, endet die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b und die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 1 gilt. In diesem Fall endet auch die Beitragsfreiheit der Waisenrente, da sie über § 237 an die Versicherungspflicht als Rentner geknüpft ist. Für Versicherungspflichtige nach Absatz 1 Nummer 1 gilt hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen § 226, wonach u. a. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist. Im Vergleich zum derzeit geltenden Recht tritt damit keine Schlechterstellung von Waisenrentnern, die ein Arbeitsverhältnis im Rahmen einer Beschäftigung aufnehmen, ein, da entsprechende Waisenrentner auch derzeit nicht nur aus dem Arbeitsentgelt aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung (Arbeitsvergütung), sondern auch aus der Waisenrente Beiträge zu entrichten haben.

Gleichzeitig wird bestimmt, dass die derzeit geltende Vorrangregelung auch Rentner nach Nummer 11a erfasst (s. hierzu zu Buchstabe c).

Zu Nummer 02 (§ 8)

Es wird bestimmt, dass das bisherige Befreiungsrecht für Rentner und Rentenantragsteller auch für Waisenrentner gilt, die infolge der Einführung des neuen § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig in der GKV werden. Gleichzeitig wird geregelt, dass das Befreiungsrecht auch Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a erfasst (s. zu der entsprechenden Auslegung zum bislang geltenden Recht auch Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, 87. EL Februar 2015, § 8 SGB V Rn. 10).

Zu Nummer 03 (§ 10)

Mit dieser Änderung wird sichergestellt, dass die Versicherungspflicht als Waisenrentner der Familienversicherung vorgeht. Dem besonderen Schutzbedürfnis der Waisenrentner wird nachgekommen, indem die Beitragsfreiheit aus der Waisenrente angeordnet wird (s. Nummer 6g) und insofern ebenso wie im Rahmen der Familienversicherung keine Beitragsbelastung entsteht. Auch die Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a werden in die ansonsten für Rentner geltende Vorrangregelung einbezogen, da ein sachgerechter Grund für eine Differenzierung nicht erkennbar ist (s. hierzu auch zu Nummer 01 Buchstabe c sowie zu Nummer 02).

Zu Nummer 6e (§ 189)

Mit dieser Regelung wird gewährleistet, dass die Mitgliedschaft von Rentenantragstellern auch für Waisenrentner gilt. Dies ist bedeutsam, wenn ein Rentenantrag bereits gestellt wurde und die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b dem Grunde nach vorliegen, aber die Rente noch nicht bezogen wird. Die betroffenen Personen werden dann bereits in den Schutz der GKV einbezogen. Gleiches soll für Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a gelten (s. hierzu auch zu Nummer 01 Buchstabe c und zu Nummer 02).

Zu Nummer 6f (§ 225)

Nach derzeit geltendem Recht sind Waisenrentner beitragsfrei, wenn der Bezug der Hinterbliebenenrente und die Mitgliedschaft in der KVdR sicher sind und sie den Rentenantrag vor Vollendung des 18. Lebensjahres gestellt haben.

Als Folgeregelung zum neuen Versicherungspflichttatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 11b ist die Beitragsfreiheit für Waisen, die dessen Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllen, aber die Rente noch nicht beziehen, anzuordnen, damit nicht zunächst nach § 239 Beiträge zu erheben und sodann nach Rentenbewilligung von Anfang an zu erstatten sind.

Zu Nummer 6g (§ 237)

Mit dem Verlust eines Elternteils oder beider Elternteile entfällt auch der Unterhaltsanspruch gegenüber diesem Elternteil oder den Eltern. Minderjährige Kinder oder Kinder, die nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, werden als sozial schutzbedürftig angesehen und sind schon nach geltendem Recht unter den Voraussetzungen des § 10 in die Familienversicherung einbezogen. Die Regelung berücksichtigt dabei, dass die Eltern ihren Kindern gegenüber unterhaltsverpflichtet sind. Zum Unterhalt gehört auch die Gewährung eines angemessenen Krankenversicherungsschutzes. Durch die Einbeziehung der Kinder in die Familienversicherung und damit in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten wird den unterhaltsverpflichteten Eltern die Erfüllung ihrer Unterhaltspflicht insoweit erleichtert, als sie für den Krankenversicherungsschutz ihrer Kinder keine zusätzlichen Beiträge leisten müssen.

Die Waisenrente nach § 48 SGB VI soll den durch den Tod eines Elternteils oder beider Elternteile entfallenden Unterhalt ersetzen. Berücksichtigend, dass (Halb-)Waisen, wenn sie minderjährig und im schulpflichtigen Alter oder jünger sind, sich ihre Lebenssituation nicht aussuchen und im Regelfall auf eigene Initiative kein Einkommen generieren können, ist es gerechtfertigt, der Familie die Erfüllung der bestehenden Unterhaltslast durch die Beitragsfreistellung der Waisenrente zu erleichtern. Im Laufe der über die Schulpflicht hinausgehenden Zeit weiterführender Schul- oder Berufsausbildung nehmen die Hinderungsgründe an der Erzielung eigenen Einkommens zunehmend ab. Im Rahmen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 ist es jedoch gerechtfertigt, die Waisenrenten beitragsfrei zu stellen. Der besondere beitragsrechtliche Status der Gruppe der Waisenrentner ist insoweit zeitlich befristet.

Für die nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleistete Waisenrente gilt das entsprechend, da diese ansonsten als Versorgungsbezug (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) beitragspflichtig bliebe, obwohl sie dieselbe Funktion erfüllt wie die Waisenrente nach § 48 SGB VI. Eine Gleichbehandlung der nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleisteten Waisenrenten ist gerechtfertigt, weil Bezieher von Waisenrenten aus dem eigenständigen Alterssicherungssystem für Landwirte durch die Verknüpfung mit der Pflichtversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung derselbe schutzbedürftige Personenkreis sind.

Die zeitliche Befristung des besonderen beitragsrechtlichen Status orientiert sich an den Altersgrenzen des § 10 Absatz 2, da insoweit eine Gleichstellung mit anderen in Schul- oder Berufsausbildung befindlichen oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder einen Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leistenden Personen herbeigeführt wird. Nach dem Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 haben diese Personen bei Fortführung ihrer Versicherung in der GKV grundsätzlich Beiträge zu entrichten.

Für Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder nach dem Erreichen der Altersgrenzen nicht länger beitragsfrei familienversichert sein konnten, tritt insoweit keine Änderung ein. Für Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten, ergibt sich nach dem Ende der Beitragsfreiheit der Waisenrente für die Dauer der weiteren Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b eine Beitragsentlastung.

Zu Nummer 6h (§ 249a)

Nach geltender Rechtslage trägt der Träger der Rentenversicherung bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Diese Regelung schließt versicherungspflichtige Waisenrentenbezieher mit ein.

Bei der Ergänzung handelt es sich um eine Folgeregelung zum § 237 Satz 2 -neu-, wonach für der Versicherungspflicht unterliegende Bezieher einer Waisenrente bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 die von ihnen bezogene Waisenrente beitragsfrei gestellt wird. Die sich daraus ergebende finanzielle Belastung soll nicht ausschließlich zu Lasten der GKV gehen. Aus diesem Grund wird festgelegt, dass der die Waisenrente zahlende Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

Zu Artikel 1a (SGB XI)

Die Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes für Waisenrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung durch § 5 Absatz 1 Nummer 11b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (s. Artikel 1 Nummer 01 Buchstabe a, c und d) wird auch für die soziale Pflegeversicherung nachvollzogen.

Zu Artikel 1b (KVLG 1989)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Schaffung des eigenständigen Versicherungspflichttatbestandes in § 5 Absatz 1 Nummer 11b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Schaffung des eigenständigen Versicherungspflichttatbestandes in § 5 Absatz 1 Nummer 11b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 3

Mit der Änderung wird die Beitragsfreistellung der Waisenrenten deckungsgleich auf die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten Waisenrentner übertragen.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Mit der Einfügung des Absatzes 2 wird geregelt, dass die Versicherungspflicht für Waisenrentner im SGB V und XI mit allen notwendigen Folgeänderungen zum 1. Januar 2016 eingeführt wird. Ein Inkrafttreten zum Monatsbeginn ist insbesondere erforderlich, damit die Rentenbescheide zum Monatsersten angepasst werden können.

Die Änderung des § 5 Absatz 5a SGB V (Artikel 1 Nummer 01 Buchstabe b) tritt gleichzeitig mit der durch das GKV-FQWG bereits geregelten Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V zum 1. Januar 2016 in Kraft.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT – Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 Nummer 1a (neu) (§ 20i Absatz 1 SGB V) (Impfung vor Studienauslandsaufenthalt)

Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 20i Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.“ ‘

Begründung

Durch eine Neufassung von § 20i Absatz 1 Satz 2 wird geregelt, dass Schutzimpfungen, die wegen eines im Rahmen der Ausbildung vorgeschriebenen Auslandsaufenthalts erforderlich sind, zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20i Absatz 1 Satz 1 gehören. Die bisherige Regelung in § 20i Absatz 1 Satz 2 nimmt Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, von dem Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen grundsätzlich aus. Bei der Anwendung dieser Regelung in der Praxis bestand Unsicherheit in der Frage, ob ausbildungsbedingte Auslandsaufenthalte „nicht beruflich“ im Sinne des Gesetzes sind. Bereits die 77. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Jahr 2010 hat dazu erklärt, dass die Kosten von Schutzimpfungen, für die die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Indikation vorsieht und die in Deutschland vor Antritt eines Auslandsaufenthaltes erbracht werden, der durch Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind. Ein solcher Auslandsaufenthalt dient nicht der Erholung oder sonstigen privaten oder persönlichen Zwecken und unterliegt infolge der Vorgaben der Studien- oder Prüfungsordnung ähnlichen Zwängen wie ein im Rahmen der Berufsausübung erforderlicher Auslandsaufenthalt. Dass Studierende Einfluss darauf

haben, in welches konkrete Zielland sie reisen, ist - wie auch sonst bei den beruflich bedingten Auslandsaufenthalten – unschädlich. Mit der klarstellenden Regelung werden nun Auslandsaufenthalte, die im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben sind, ausdrücklich neben den beruflich bedingten Auslandsaufenthalten genannt. Darüber hinaus werden die Ausnahmen in § 20i Absatz 1 Satz 2 für eine bessere Verständlichkeit neu formuliert. Die Einzelheiten der Leistungspflicht bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinienentscheidung.

Signifikante Mehrausgaben hat die Klarstellung voraussichtlich nicht zur Folge, zumal viele Krankenkassen die Kosten der Impfungen entweder auf der Grundlage der bisherigen Regelung oder auf der Grundlage von Satzungsrecht nach § 20i Absatz 2 bereits übernehmen. Die Regelung führt auf der anderen Seite auch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit durch Impfprävention Krankenbehandlungskosten vermieden werden.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 Nummer 2a neu (§ 37 Absatz 6 SGB V)

(moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden)

Nach Artikel 1 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

2a. Dem § 37 Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Als Orte gemäß Satz 1 kommen im Einzelfall auch Einrichtungen in Betracht, die insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet und bestimmt sind.“

Begründung:

Nach § 37 Absatz 6 Satz 1 legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Mit der vorliegenden Änderung wird dies dahingehend ergänzt, dass als solche Orte im Einzelfall auch Einrichtungen in Betracht kommen, die insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet und bestimmt sind.

Damit wird eine moderate Öffnung des Leistungsortes in § 37 vorgenommen, ohne das dort verankerte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Die Erweiterung berücksichtigt aktuelle Entwicklungen und Fortschritte vor allem in der Wundversorgung und zielt auf spezialisierte Einrichtungen ab, insbesondere Spezialeinrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden (sog. Wundzentren), die von § 37 bisher nicht erfasst waren. Mit der Öffnung des Leistungsorts soll es entsprechenden Einrichtungen, die auf die pflegerische Versorgung von chronischen Wunden spezialisiert sind, ermöglicht werden, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in den Einrichtungen zu erbringen.

Hintergrund ist, dass solche Einrichtungen im Hinblick auf die Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege derzeit das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege (HKP-RL) aufgeführte Kriterium eines "regelmäßig wiederkehrenden" Aufenthalts nicht erfüllen. Hierdurch sind diese Einrichtungen derzeit nicht in der Lage, ihre erbrachten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Eine Möglichkeit, mit Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 über Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu schließen, besteht bisher nicht.

Spezialisierte Einrichtungen wie sog. Wundzentren spielen im Bereich der ambulanten Wundversorgung – insbesondere bei schwer heilenden Wunden - eine bedeutende und zunehmende Rolle. Wunden können unterschiedliche Ursachen haben und sowohl akut in Folge einer Verletzung als auch als chronische Wunde auftreten. Wundzentren versorgen Patienten mit chronischen Wunden. In Deutschland leben 3 bis 4 Millionen Menschen mit chronischen Wunden. Diese sind häufig die Folge von Gefäßkrankungen, Diabetes, Bettlägerigkeit, postoperativen Wundheilungsstörungen sowie schweren traumatischen Verletzungen. Vor allem ältere Patienten sind häufiger betroffen.

Versicherte bedürfen einer Wundbehandlung, die nachweislich dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht und individuell angepasst ist. Dem krankenversicherungsrechtlichen Grundsatz "ambulant vor stationär" wird mit der Schaffung von spezialisierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten entsprochen. Damit können Krankenhausaufenthalte vermieden und kann vor allem älteren Patienten ermöglicht werden, länger in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Die Versorgung von chronischen Wunden fordert ein hohes Maß an fachlicher und vor allem auch hygienischer Kompetenz. Spezialisierte Einrichtungen wie Wundzentren können im Einzelfall geeignet sein, diesen besonderen Versorgungsbedarf zu decken. Als Konsequenz werden sie bzw. ähnliche Einrichtungen mit der Ergänzung des § 37 Absatz 6 als mögliche Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt bzw. gestärkt. Sie werden damit Leistungserbringer im Sinne des § 132a Absatz 2 und können mit den Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege schließen. Durch die Leistungserbringereigenschaft sollen sie auch leichter als bisher als Vertragspartner der Krankenkassen bei Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a in Betracht kommen.

Als Folge der Änderung wird der Gemeinsame Bundesausschuss im Hinblick auf die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie das geforderte Merkmal "regelmäßig wiederkehrend" im Sinne einer moderaten Öffnung zu überprüfen haben. Auch darüber hinaus ist der Gemeinsame Bundesausschuss gehalten, die Wundversorgung in der GKV weiterzuentwickeln. Die Krankenkassen haben auf eine möglichst flächendeckende Versorgung hinzuwirken.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 (SGB V)

(Schiedsstelle nach § 129)

Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

6a. § 129 Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „bis 6“ ersetzt.

Begründung:

Zu Nummer 6a

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Amtsdauer der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle im Falle der Benennung durch Losentscheid ein Jahr beträgt. Die Klarstellung erfolgt analog zu der Klarstellung in § 130b Absatz 5 Satz 5.

Durch den Verweis auf § 89 Absatz 3 Satz 4 und 5 wird das Losverfahren, das für den Fall der Nichteinigung über die unparteiischen Mitglieder für die Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 gilt auch für die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 zur Anwendung gebracht. Streitig war die Frage, ob die für das Schiedsamt nach § 89 geregelte verkürzte Amtszeit im Fall des Losentscheids auch für die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 Anwendung findet. Dies wird durch Ausweitung des Verweises auf § 89 Absatz 3 Satz 6 klargestellt.

Die Benennung der Unparteiischen soll vorrangig durch Einigung erfolgen. Schließlich beruht u. a. darauf die Akzeptanz der durch die Schiedsstelle zu treffenden Entscheidungen. Eine Entscheidung im Losverfahren soll nachrangig erfolgen. Es ist anzunehmen, dass ein per Losentscheid ermittelter Vorsitzender grundsätzlich auf eine weniger breite Akzeptanz bei allen Beteiligten stößt. Daher soll nach einem Jahr erneut der Versuch einer Besetzung im Einvernehmen unternommen werden.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 (SGB V)

(Schiedsstelle)

Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:

6b. § 130b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „ und 5“ durch die Angabe „ bis 6“ ersetzt.
- c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt: „Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 fest. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 5 entsprechend. Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“
 - bb) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

Begründung:

Zu Nummer 6b

Zu Buchstabe a

Korrektur eines redaktionellen Versehens. Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde Absatz 1 geändert. Der Verweis in Absatz 9 Satz 9 (neu) wurde nicht an die neue Satzählung angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Amtsdauer der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle im Falle der Benennung durch Losentscheid ein Jahr beträgt. Hierüber hat es in der Praxis bei

der Anwendung des Losverfahrens zur Nachbesetzung der Schiedsstelle zum 1. Juli 2015 unterschiedliche Auslegungen gegeben.

Durch den Verweis auf § 89 Absatz 3 Satz 4 und 5 wird das Losverfahren, das für den Fall der Nichteinigung über die unparteiischen Mitglieder für die Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 gilt auch für die Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 zur Anwendung gebracht. Streitig war die Frage, ob die für das Schiedsamt nach § 89 geregelte verkürzte Amtszeit im Fall des Losentscheids auch für die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 Anwendung findet. Dies wird durch Ausweitung des Verweises auf § 89 Absatz 3 Satz 6 klargestellt.

Die Benennung der Unparteiischen soll vorrangig durch Einigung erfolgen. Schließlich beruht u. a. darauf die Akzeptanz der durch die Schiedsstelle zu treffenden Entscheidungen. Eine Entscheidung im Losverfahren soll nachrangig erfolgen. Es ist anzunehmen, dass ein per Losentscheid ermittelter Vorsitzender grundsätzlich auf eine weniger breite Akzeptanz bei allen Beteiligten stößt. Daher soll nach einem Jahr erneut der Versuch einer Besetzung im Einvernehmen unternommen werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung wird klargestellt, dass auch bei Entscheidungen der unparteiischen Mitglieder im Zusammenhang mit der Festsetzung der Rahmenvereinbarung ein Vorverfahren nicht stattfindet.

In Absatz 4 ist bereits geregelt, dass bei Klagen gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle ein Vorverfahren nicht stattfindet. Die Festsetzung der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 erfolgt alleine durch die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle. Der Ausschluss eines Vorverfahrens ist hier nicht ausdrücklich geregelt. Dies ist bezüglich der Festsetzung der Rahmenvereinbarung nicht erforderlich, da es sich nicht um einen Verwaltungsakt handelt. Streitig war, ob bei Klagen gegen eine Einzelfallentscheidung der unparteiischen Mitglieder mit Verwaltungsaktcharakter ein Vorverfahren analog Absatz 4 Satz 6 ausgeschlossen ist oder ob aufgrund der für die Entscheidungen der unparteiischen Mitglieder geltenden spezielleren Norm in Absatz 9 der Rückgriff auf Absatz 4 gesperrt ist. Dies kann etwa bei der Entscheidung über die Hinzuziehung weiterer Beteiligter der Fall sein.

Zudem wird mit dem neuen Satz 6 dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzen. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle den Inhalt der Rahmenvereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei fest. Einer entsprechenden Regelung bedarf es für Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 4 nicht, da die Frist bereits in Absatz 4 Satz 1 vorgeschrieben ist. Für den Spezialfall, dass die unparteiischen Mitglieder nach Absatz 9 über die Rahmenvereinbarung zu entscheiden haben, besteht die Möglichkeit einer Fristsetzung derzeit nicht. Sie kann

jedoch erforderlich sein, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen und keine Seite einen entsprechenden Antrag stellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Korrektur eines redaktionellen Versehens. Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde Absatz 1 geändert. Der Verweis in Absatz 9 Satz 9 (neu) wurde nicht an die neue Satzzählung angepasst.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1c – neu – (Schiedsstellenverordnung)

(Fristsetzung)

Nach Artikel 1b wird folgender Artikel 1c eingefügt:

„Artikel 1c

Änderung der Schiedsstellenverordnung

In § 6 Absatz 3 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 129 Abs. 7 oder § 300 Abs. 4“ durch die Wörter „§ 129 Absatz 7, § 130b Absatz 9 Satz 6 oder § 300 Absatz 4“ ersetzt.“

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 130b Absatz 9 Satz 6 (neu). Mit dem neuen § 130b Absatz 9 Satz 6 wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzen. Die Regelung zur Einleitung des Schiedsverfahrens wird entsprechend angepasst.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen

BT-Drs. 18/5293

Zu Artikel 1 Nummer 6c - neu (§ 132a SGB V)

(Häusliche Krankenpflege)

Nach Artikel 1 Nummer 6b wird folgende Nummer 6c eingefügt:

6c. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 Nummer 6 werden nach dem Wort „Strukturen“ die Wörter „einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „1. Juli 2013 abzugeben“ durch die Wörter „[einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel X] abzugeben oder anzupassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen“ eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung in Satz 4 Nummer 6 wird den Rahmenempfehlungspartnern aufgegeben, im Zusammenhang mit den Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütungen und ihrer Strukturen auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne und Arbeitsentgelte in die Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Es muss sichergestellt sein, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen angemessen vergütet werden. Mit der Ergänzung der Rahmenempfehlungen soll eine bessere Berücksichtigung von Tarifröhnen und Arbeitsentgelten bei den Vergütungsverhandlungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erreicht werden. Die Berücksichtigung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei den Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 2 setzt ein Mindestmaß an Transparenz und an den Nachweis über die Zahlung entsprechend hoher Arbeitsentgelte voraus. Um die Vertragsverhandlungen zu erleichtern, sollen sich die Vertragspartner an einheitlichen Vorgaben zu entsprechenden Nachweispflichten orientieren können. Der Nachweis über die Zahlung von Tarifröhnen und die Höhe der Arbeitsentgelte hat dabei in anonymisierter Form zu erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegegedienten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebenen werden nunmehr verpflichtet, die noch ausstehenden Rahmenempfehlungen nach Satz 4, die teilweise erstmalig seit dem 1. Juli 1997 gesetzlich vorgesehen sind, bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel X] abzugeben. Die Rahmenempfehlungen dienen dazu, eine bundesweit einheitliche und qualitativ gleichwertige Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten. Die durch den Gesetzgeber geforderten Empfehlungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Struktur sollen dabei neben den neu ergänzten Transparenzvorgaben zur Erleichterung der Vergütungsverhandlungen und einer Einigung der Vertragspartner über eine angemessene Vergütung im Verhandlungswege beitragen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 6 wird klargestellt, dass im Falle der Nichteinigung der Vertragsinhalte durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt wird, ohne dass es hierfür einer vertraglichen Regelung bedarf.

Darüber hinaus dienen die Änderungen der Straffung und Steigerung der Effizienz bei der Durchführung von Schiedsverfahren, damit die Verfahren zügiger zum Abschluss kommen und etwaige Vergütungserhöhungen schneller in der Praxis ankommen. Hierzu wird die Schiedsperson verpflichtet, den Vertragsinhalt im Regelfall innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ist die Schiedsperson von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen, hat die Bestimmung innerhalb eines Monats nach Vorliegen aller für die Bestimmung der Schiedsperson erforderlichen und von der Aufsichtsbehörde bei den Vertragsparteien angeforderten Unterlagen beziehungsweise Informationen erfolgen.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT - Drs. – 18/5293

Zu Artikel 1 Nummer 6d – neu - (§ 140 Abs. 2 SGB V)

(Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im G-BA)

In Artikel 1 wird nach Nummer 6c –neu- folgende Nummer 6d – neu - eingefügt:

„6d Dem § 140f Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.“

Begründung:

Mit der vorgesehenen Ergänzung der Regelungen zur Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird dem Anliegen einer weiteren Stärkung des Patienteninteresses Rechnung getragen. Sie erhalten in konkreten organisatorischen Fragen im Verfahren des G-BA die Möglichkeit mitzuzentscheiden. Zukünftig ist auf der Ebene der Unterausschüsse bei Entscheidungen über die

- die Einrichtung von Arbeitsgruppen und
- die Hinzuziehung von Sachverständigen

das Einvernehmen mit den von den Patientenorganisationen benannten Patientenvertreterinnen und –vertretern herzustellen, wobei diese ihr Votum hinsichtlich des Einvernehmens einheitlich abzugeben haben. Im Falle einer uneinheitlichen Positionierung der Patientenvertretung gilt somit ihr Einvernehmen als erteilt.

Die Regelung zielt auf eine weitere Erhöhung der Patientenorientierung der Tätigkeit des G-BA und soll dazu beitragen, dass das Interesse der Patienten an einer möglichst guten Behandlung sowie die Partizipation von Menschen mit Behinderungen aufgrund der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention in der untergesetzlichen Normgebung durch den G-BA Berücksichtigung findet.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die bestehende Praxis des G-BA, mit der Patientenvertretung beispielsweise bei der Gestaltung der Tagesordnungen, bei Vertagungen und beim Inhalt von Sitzungsniederschriften ein Einvernehmen zu erzielen, auch in Zukunft erhalten bleibt.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

BT-Drs. 18/5293

Bezeichnung/Artikel 3a neu (§ ZHG)

**(Einführung von Modellstudiengängen in
das Studium der Zahnheilkunde)**

1. Die Bezeichnung wird wie folgt gefasst:

„Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze“

2. Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 3a eingefügt:

„Artikel 3a

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

Nach § 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist, wird folgender § 3a eingefügt:

„§ 3a

(1) Zur Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin kann eine Hochschule bei der nach Landesrecht zuständigen Stelle die Zulassung eines Modellstudiengangs beantragen.

(2) Im Rahmen des Modellstudiengangs kann von den Vorgaben der Approbationsordnung für Zahnärzte dahingehend abgewichen werden, dass

1. als staatliche Prüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte lediglich die zahnärztliche Prüfung abzulegen ist und diese Prüfung frühestens nach einem Studium der Zahnheilkunde von zehn Semestern erfolgt,
2. in dem in § 26 Absatz 4 Buchstabe b, § 28 Absatz 1 und 5 und § 61 Absatz 2 Buchstabe b und Absatz 3 Satz 1 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannten Fach Zahnersatzkunde neben prophetischen Inhalten auch Inhalte der gesamten Zahnheilkunde aufgenommen werden und

3. der Nachweis nach § 36 Absatz 1 Buchstabe c der Approbationsordnung für Zahnärzte, dass der Kandidat je zwei Semester als Praktikant den Kursus und die Poliklinik der Zahnerhaltungskunde und den Kursus und die Poliklinik der Zahnersatzkunde regelmäßig und mit Erfolg besucht hat, durch den Nachweis ersetzt wird, dass der Kandidat vier Semester Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde integrierende Behandlungskurse regelmäßig und mit Erfolg besucht hat.

(3) Die Zulassung als Modellstudiengang setzt voraus, dass

1. das Reformziel beschrieben wird und erkennen lässt, welche qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung vom Modellstudiengang erwartet werden,
2. eine von der Hochschule zu erlassende besondere Studien- und Prüfungsordnung besteht,
3. sichergestellt ist, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in der naturwissenschaftlichen und in der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nachzuweisen sind, im Modellstudiengang in einer dem Regelstudiengang gleichwertigen Weise geprüft werden und diese Prüfung spätestens vor der Teilnahme an dem Operationskursus und dem Kursus der kieferorthopädischen Behandlung nach § 36 Absatz 1 Buchstabe b der Approbationsordnung für Zahnärzte und vor dem Besuch der in Absatz 2 Nummer 3 genannten Lehrveranstaltungen erfolgt,
4. eine sachgerechte begleitende und abschließende Evaluation des Modellstudiengangs in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung gewährleistet ist,
5. Mindest- und Höchstdauer der Laufzeit des Modellstudiengangs festgelegt sind und Verlängerungsanträge anhand von Evaluationsergebnissen zu begründen sind,
6. die Freiwilligkeit der Teilnahme und ein dem Regelstudiengang entsprechender gleichberechtigter Zugang zum Modellstudiengang gewährleistet ist,
7. die Voraussetzungen, unter denen die Hochschule den Modellstudiengang abbrechen kann, benannt sind,
8. geregelt ist, wie beim Übergang vom Modellstudiengang in den Regelstudiengang hinsichtlich des Weiterstudiums, der Anrechnung von Studienzeiten und Prüfungen und anderen Studienleistungen verfahren wird,
9. festgelegt ist, wie die Anforderungen, die in den §§ 14, 19 Absatz 3, § 21 Absatz 1 und 2, § 24 Absatz 1, § 26 Absatz 4 und den §§ 28 und 31 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte beschrieben sind, im Modellstudiengang erfüllt werden.

Liegt bei einem Modellstudiengang eine Abweichung nach Absatz 2 Nummer 2 vor, so müssen im Fach Zahnersatzkunde die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 und 9 neben den prothetischen Inhalten auch die in der Lehre vermittelten Inhalte der gesamten Zahnheilkunde umfassen.

(4) Die Zulassung als Modellstudiengang kann befristet erteilt und mit Auflagen versehen werden.

(5) Für die Prüfungen im Modellstudiengang nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 9 gelten § 22 Absatz 5 und § 30 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte entsprechend. Hat der Studierende in einem Regelstudiengang die naturwissenschaftliche oder die zahnärztliche Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte endgültig nicht bestanden, ist das Ablegen der entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang nicht zulässig. Hat der

Studierende die entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang endgültig nicht bestanden, ist das Ablegen der naturwissenschaftlichen oder der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nicht zulässig.

(6) Studierende des Modellstudiengangs haben dem Gesuch um Zulassung zur Abschlussprüfung die in § 19 Absatz 2 und 3 und § 26 Absatz 2 bis 4 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannten Nachweise beizufügen.

(7) Die nach Landesrecht zuständige Stelle informiert das Bundesministerium für Gesundheit nach Erteilung der Zulassung eines Modellstudiengangs hierüber einschließlich der Angaben nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3, 5 und 9 sowie über die Evaluationsergebnisse nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, sobald diese vorliegen.“ ‘

3. Der bisherige Artikel 4 wird Artikel 5.

Begründung:

Allgemeines

Die Änderung schafft die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin.

Im Studiengang Zahnmedizin besteht derzeit – anders als in der Medizin – nicht die Möglichkeit, Modellstudiengänge einzurichten. Um zeitnah eine Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin zu ermöglichen, soll die rechtliche Grundlage zur Durchführung entsprechender Modellstudiengänge geschaffen werden. Für die Einführung einer Modellklausel für eine Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer novellierten Approbationsordnung für Zahnärzte hatte sich auch die Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden ausgesprochen. Am Ziel einer Gesamtreform des Studiums der Zahnmedizin wird uneingeschränkt festgehalten.

Die Ausbildung der Studierenden in der Zahnmedizin erfolgt derzeit auf der Grundlage der aus dem Jahr 1955 stammenden und seitdem weitgehend unveränderten Approbationsordnung für Zahnärzte. Der Koalitionsvertrag auf Bundesebene für die 17. Legislaturperiode sah vor, dass die Approbationsordnung für Zahnärzte novelliert werden soll. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daraufhin im August 2010 Eckpunkte für eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte vorgelegt und nach grundsätzlicher Zustimmung durch die Kultusministerkonferenz im Februar 2011 eine Bund-Länder-Expertengruppe eingesetzt, um die Erarbeitung des Referentenentwurfs vorzubereiten. Nach Abschluss der Arbeiten der Bund-Länder-Expertengruppe im Februar 2012 hat die Kultusministerkonferenz mit Beschluss vom 7. November 2013 die Notwendigkeit einer Neufassung der Approbations-

ordnung für Zahnärzte anerkannt und Aussagen zur Ausbildungskapazität getroffen, auf deren Grundlage der vollständige Entwurf einer Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte erarbeitet werden kann. Der Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode enthält den Auftrag, in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu entwickeln. Wegen der künftig noch stärker werdenden strukturellen Angleichung von ärztlicher und zahnärztlicher Ausbildung sollen die Reformüberlegungen in die Novellierung der zahnärztlichen Ausbildung eingehen.

Um die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin zu schaffen, wird eine entsprechende Regelung in das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde aufgenommen.

Besonderes

Zu Absatz 1

Der neue § 3a legt in Absatz 1 fest, dass jedes Land im Studiengang Zahnmedizin Modellstudiengänge zulassen kann. Die Genehmigung ist durch die nach Landesrecht zuständige Stelle zu erteilen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 sind die zulässigen Abweichungen von der Approbationsordnung für Zahnärzte geregelt.

Zu Nummer 1

Nummer 1 betrifft die staatlichen Prüfungen. Die Regelung ermöglicht es, vorklinische Lehrinhalte (1. bis 5. Semester) und klinische Lehrinhalte (6. bis 10. Semester) stärker miteinander zu verknüpfen. Zugleich wird eine Anpassung des zahnmedizinischen Studiums an die strukturellen Vorgaben des medizinischen Studiums in der Vorklinik erleichtert, das die erste staatliche Prüfung nach dem 4. Semester vorsieht.

Für die Fakultäten hat die Angleichung beider Studiengänge organisatorische und damit auch wirtschaftliche Vorteile. Studierende der Zahnmedizin sowie der Medizin benötigen in den Grundlagenfächern keine grundsätzlich verschiedene Vorbereitung auf den nachfolgenden „klinischen“ Studienabschnitt, da die Lerninhalte in den Grundlagenfächern zu großen Teilen identisch sind.

Zugleich wird die gegenseitige Anerkennung der Studienleistungen erleichtert. Dadurch sollen insbesondere der Umstieg in die Medizin (Studierender erkennt, dass er die psychomotorischen Fähigkeiten für die Tätigkeiten in der Zahnmedizin nicht besitzt) und die für die fachärztliche Tätigkeit in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie erforderliche Doppelapprobation erleichtert werden.

Zu Nummer 2

Nummer 2 lässt es zu, dass im Fach Zahnersatzkunde im vorklinischen Studienabschnitt auch Inhalte der gesamten Zahnheilkunde vermittelt werden. Dadurch können die Grundlagen der präventiven und

restaurativen Inhalte besser und frühzeitiger in die Ausbildung einbezogen werden. Statt dem bisherigen Schwerpunkt der zahnmedizinischen Ausbildung bis zum 5. Semester im Bereich Zahnersatz und Werkstoffkunde (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) kann dem veränderten Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, dem deutlichen Rückgang der Kariesprävalenz und der möglichen Zahnerhaltung bis ins Alter Rechnung getragen werden und können bereits neuere Erkenntnisse zur Prävention sowie zur Therapie und Erhaltung aller oraler Strukturen vermittelt werden.

Zu Nummer 3

Nummer 3 ermöglicht es, die bisherigen Behandlungskurse Zahnerhaltung und Zahnersatz zu integrierten Behandlungskursen zusammenzuführen. Damit kann der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin entsprechend der Behandlungsrealität künftig in einer synoptischen Betrachtungsweise der Erkrankungen des Zahn- und des Zahnhalteapparates und in möglichen Therapien zur Wiederherstellung der Präventions- und Funktionsfähigkeit ausgebildet werden. Statt einer isolierten Vermittlung einzelner Fächer soll Problemlösungskompetenz vermittelt werden. In der Universitätsambulanz vermeiden integrierte Kurse zudem den Wechsel des Behandlers und erschließen damit ein größeres Spektrum an Patientinnen und Patienten, die zur studentischen Mitbehandlung geeignet sind.

Bereits im Rahmen der geltenden Approbationsordnung für Zahnärzte ist es auf freiwilliger Basis möglich, Lehrangebote vorzusehen, mit denen die Studierenden stärker an Forschungsthemen und an wissenschaftliches Arbeiten herangeführt werden. Ebenso möglich sind freiwillige Praktika in einer Praxis niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte, in einer Poliklinik, auf Station oder in einem zahntechnischen Labor. Im Hinblick auf die Konzeption von Modellstudiengängen wird ermutigt, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen.

Zu Absatz 3

In Satz 1 sind die einzelnen Voraussetzungen für die Zulassung des Modellstudiengangs geregelt. Nach Nummer 2 sollen in der Studienordnung der Hochschule insbesondere Unterrichtskonzept und -durchführung und das vom Regelstudiengang abweichende Überprüfungsverfahren geregelt werden. Nach Nummer 3 soll sichergestellt werden, dass die im Regelstudiengang vorgesehene Überprüfung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Modellstudiengang nicht entfällt, sondern in gleichwertiger Weise zu erfolgen hat. Dabei wird auch festgelegt, welche Inhalte Voraussetzung für die Ausbildung am Patienten sind. Nummer 4 sieht die Evaluation des Modellstudiengangs in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung vor. Der Medizinische Fakultätentag erarbeitet derzeit Kriterien für die Qualität der Lehre in der Medizin, die dann als Grundlage herangezogen werden könnten. Mögliche Evaluationskriterien können auf die organisatorischen Abläufe, die Behandlungsplanung und -durchführung, die Anzahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die studentische Behandlung, die Anzahl von Patientinnen und Patienten nach der Behandlung und deren Zufriedenheit bezogen sein. Aus Nummer 6 ergibt sich, dass der Zugang zum Modellstudiengang in gleicher Weise erfolgt wie der Zugang zum Regelstudiengang, d. h. über die Zulassungsregelungen

der Länder. Aus Nummer 8 folgt, dass ein Modellstudiengang an einer Universität auch den Übergang in den Regelstudiengang – ggf. an einer anderen Universität - vorsehen muss, damit z. B. bei Abbruch des Modells die Möglichkeit besteht, das Studium im Regelstudiengang weiterzuführen. Aus Nummer 9 ergibt sich, dass die Vorgaben für die Prüfungen des Regelstudiengangs, die im Modellstudiengang nach Nummer 3 in gleichwertiger Weise erbracht werden müssen, im Modellstudiengang in entsprechender Weise zu erfüllen sind.

Wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Fach Zahnersatzkunde im vorklinischen Studienabschnitt mehr präventive und restaurative Inhalte einzubeziehen, so sind nach Satz 2 diese Inhalte bei den Prüfungen im Modellstudiengang, die anstelle der naturwissenschaftlichen und der zahnärztlichen Vorprüfung abzulegen sind, ebenfalls abzu prüfen.

Zu Absatz 4

Es besteht die Möglichkeit, die Zulassung als Modellstudiengang befristet zu erteilen und mit Auflagen zu versehen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stellt sicher, dass endgültig nicht bestandene staatliche Prüfungen bzw. die diesen im Modellstudiengang entsprechenden Prüfungen beim Wechsel vom Modell- in den Regelstudiengang und umgekehrt nicht erneut abgelegt werden können.