

**Änderungsanträge**  
**der Fraktionen CDU, CSU und SPD**  
**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugnisertei-**  
**erung und Entbürokratisierung in der Pflege (Drucksache 21/1511)**

**Änderungsantrag Nr. 1**

Zu Artikel 3 Nummer 15a (§ 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vorgaben für die Gestaltung von  
PVS-Systemen)

Nach Artikel 3 Nummer 15 wird die folgende Nummer 15a eingefügt:

,15a. Nach § 73 Absatz 10 wird der folgende Absatz 10a eingefügt:

„(10a) Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie sowie spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nur solche elektronischen Programme nutzen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere zu den fachlichen Anforderungen an die elektronischen Programme kann in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 vereinbart werden.“

**Begründung:**

§ 73 Absatz 9 und 10 SGB V gewährleisten für einzelne veranlasste Leistungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 7a SGB V, dass nur solche Software für die Verordnung der dort genannten Leistungen genutzt wird, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen wurde und bestimmte Vorgaben erfüllt, die im Bundesmantelvertrag-Ärzte festgehalten sind. Die vorgesehene Regelung schließt eine bisher bestehende Regelungslücke und weitet die Vorgaben auf alle weiteren veranlassten Leistungen aus, die in § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V genannt werden. Mit der Regelung wird eine Vereinfachung der Verordnungspraxis für die Vertragsärzte erreicht und eine qualitativ hochwertige sowie rechtskonforme Softwarenutzung im Rahmen der Verordnungstätigkeit gewährleistet.

## Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 3 Nummer 31, 31a und 41 (§§ 291, 291a und 362 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Nutzung des Videoident-Verfahrens durch Krankenkassen)

Artikel 3 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 31 wird durch die folgende Nummer 31 ersetzt:

„31. § 291 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren barrierefrei zur Verfügung, welches die Anforderungen nach § 336 Absatz 4 erfüllt. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hierbei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches und automatisiertes Verfahren barrierefrei zur Verfügung, um aus der Komponente nach § 360 Absatz 10 Satz 1 heraus die Nutzung von Verfahren zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte nach § 336 Absatz 1 zu beantragen. Die Krankenkassen haben die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Versicherte ein Identifizierungsverfahren spätestens am übernächsten Werktag nach der Beantragung nach Satz 3 nutzen können.“

b) Absatz 8 und 9 wird durch die folgenden Absätze 8 und 9 ersetzt.

„(8) Die Krankenkassen stellen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hierbei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Ab dem 1. Januar 2027 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz erfolgt dabei im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Basis der jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung der notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Eine digitale Identität kann über verschiedene Ausprägungen mit verschiedenen Sicherheits- und Vertrauensniveaus verfügen. Das Sicherheits- und Vertrauensniveau der Ausprägung einer digitalen Identität muss mindestens dem Schutzbedarf der Anwendung entsprechen, bei der die digitale Identität eingesetzt wird. Abweichend von Satz 7 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem

anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungsweges der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die Krankenkassen sind verpflichtet, berechtigten Dritten die Nutzung der digitalen Identitäten nach Satz 1 zum Zwecke der Authentifizierung von Versicherten zu ermöglichen. Berechtigte Dritte nach Satz 11 sind Anbieter von Anwendungen nach § 306 Absatz 4 oder Anbieter, für die aufgrund eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 vorgeschrieben ist. Darüber hinaus kann die Gesellschaft für Telematik durch verbindlichen Beschluss nach § 315 Absatz 1 Satz 1 Anbieter weiterer Dienste oder Anwendungen nach § 306 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a als berechtigte Dritte diskriminierungsfrei festlegen. Berechtigte Dritte dürfen zum Zweck der Authentifizierung von Versicherten mittels der digitalen Identitäten personenbezogene Daten des Versicherten verarbeiten, sofern diese für die Nutzung der digitalen Identität erforderlich sind und der Versicherte in die Nutzung der digitalen Identität durch die jeweilige Anwendung eingewilligt hat. Bei der Verarbeitung sind die Anforderungen des Datenschutzes einzuhalten. Die Krankenkassen stellen den zur Nutzung berechtigten Dritten Verfahren zur Erprobung der Integration der digitalen Identität nach Satz 1 zur Verfügung.

(9) Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Mit Einwilligung des Versicherten kann ein Leistungserbringer den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern. Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten zu protokollieren. Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist. Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 4 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“ ‘

2. Nach Nummer 31 wird die folgende Nummer 31a eingefügt:

„31a. § 291a Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 kann der Versicherungsnachweis auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 8 erbracht werden.“ ‘

3. In Artikel 3 Nummer 41 wird in § 362 Absatz 1 Satz 1 die Angabe „§ 291 Absatz 8 Satz 5 bis 9“ durch die Angabe „§ 291 Absatz 8 Satz 6 bis 10“ ersetzt.

### **Begründung:**

#### **Zu Nummer 1**

#### **Zu Absatz 7 und 8**

Für das Gesundheitswesen durften seit 2022 ausschließlich Identifizierungsverfahren genutzt werden, die eine Prüfung des Ausweises vor Ort beinhalten (z. B. Geschäftsstelle der Krankenkasse oder POSTIDENT Zustellung) sowie Verfahren unter Nutzung der Online-Funktion des Personalausweises. Identifizierungsverfahren mit Videoident-Anteilen bieten für den Gesundheitsbereich grundsätzlich eine weitere Möglichkeit für Versicherte, sich auf einem alternativen Weg zu identifizieren, ohne dass sie ihre PIN zum Ausweis oder zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benötigen oder dafür in einer Krankenkassen-Geschäftsstelle erscheinen müssen. Die gematik hat nun die sicherheitstechnische Eignung für den Einsatz eines solchen neuen Identifizierungsverfahrens in der Telematikinfrastruktur (TI) bestätigt. Bei diesem Identifizierungsverfahren werden zur zusätzlichen Absicherung

neben Videoident-Anteilen auch Daten aus dem Personalausweis oder dem Pass ausgelesen und genutzt. Dieses Verfahren kann aktuell von den Krankenkassen für die Ausgabe der PIN zur eGK genutzt werden. Die Freigabe des Verfahrens für die Identifizierung zur Einrichtung der GesundheitsID ist in Vorbereitung. Damit zur Prüfung der Identität der Personalausweisinhaberin oder des Personalausweisinhabers, der Passinhaberin oder des Passinhabers die entsprechenden Daten von einer öffentlichen Stelle ausgelesen und bestimmte Daten zum Zwecke der Identitätsüberprüfung verwendet werden dürfen, bedarf es nach dem Passgesetz und nach dem Personalausweisgesetz einer gesetzlichen Befugnis oder einer auf einem Gesetz beruhenden Befugnis. Die Vorschrift schafft ausschließlich die nach § 20 Absatz 3a Satz 1 des PAuswG und § 16a Absatz 3 Satz 1 des PassG erforderliche gesetzliche Befugnis für die Identifizierung bei der Ausgabe der PIN und zur Einrichtung der GesundheitsID. Bei der Verarbeitung der Daten sind die Vorschriften des Personalausweisgesetzes und des Passgesetzes insbesondere § 20 Absatz 3a Satz 2 und 3 des PAuswG und § 16a Absatz 3 Satz 2 und 3 PassG zu beachten.

Die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die eGK zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1 muss aufgrund ausstehender technischer Vorarbeiten angepasst werden.

**Zu Absatz 9**

Die Regelung entspricht wortgleich dem Gesetzentwurf und muss im Änderungsantrag aus rein redaktionellen Gründen wiederholt werden.

**Zu Nummer 2**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung des Datums in § 291 Absatz 8.

**Zu Nummer 3**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung eines Satzes in § 291 Absatz 8.

## **Änderungsantrag Nr. 3**

Zu Artikel 3 Nummer 31a (§ 311 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Beleihung und Anordnung der  
Sofortigen Vollziehbarkeit)

Nach Artikel 3 Nummer 31 wird die folgende Nummer 31a eingefügt:

„31a. Nach § 311 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Aufgaben der Zulassung, der Festlegung und der Bestätigung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bis 6, der Erteilung von Anweisungen nach § 329 Absatz 3 Satz 2 und § 333 Absatz 3, der Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und der Zertifizierung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden als hoheitliche Aufgaben des Bundes durch die Gesellschaft für Telematik als Beliehene wahrgenommen. Die Zertifizierungsleistungen nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 können als hoheitliche Aufgaben des Bundes neben der Gesellschaft für Telematik auch durch akkreditierte Stellen nach § 385 Absatz 7 als Beliehene erbracht werden. Die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 schließt die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie zum Erlass der Widerspruchsbescheide ein. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Entscheidungen der Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Gesellschaft für Telematik und die akkreditierten Stellen nach § 385 Absatz 7 unterliegen bei der Wahrnehmung der ihnen übertragenen hoheitlichen Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“ ‘

### **Begründung:**

Durch Aufnahme einer ausdrücklichen Beleihungsklausel wird klargestellt, dass die Gesellschaft für Telematik bei der Durchführung von Zulassungs-, Festlegungs-, und Bestätigungsverfahren sowie bei der Erteilung von Anweisungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur, zur Vermeidung von Störungen nach § 329 Absatz 3 Satz 2 und zur Beseitigung von Sicherheitsmängeln nach § 333 Absatz 3 sowie bei der Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und der Zertifizierung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 hoheitlich handelt. Die Zertifizierungsleistungen nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 können als hoheitliche Aufgaben des Bundes neben der Gesellschaft für Telematik auch durch die Stellen nach § 385 Absatz 7 als Beliehene erbracht werden. Sofern die Gesellschaft für Telematik in diesem Umfang als Beliehene tätig wird, unterliegt sie der Rechts- und Fachaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Regelung beinhaltet die für die Wahrnehmung der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik, für welche sie beliehen wird, erforderliche Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der von der Gesellschaft für Telematik erlassenen Verwaltungsakte geregelt. Die Gesellschaft für Telematik kann außerdem Widerspruchsbescheide erlassen. Sämtliche Verwaltungsakte, die die Gesellschaft für Telematik als Beliehene im Rahmen ihrer hoheitlichen Tätigkeit erlässt, sind sofort vollziehbar.

## **Änderungsantrag Nr. 4**

Zu Artikel 3 Nummer 35 (§ 342 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Fristverschiebung ePA-Datenausleitung)

In Artikel 3 Nummer 35 Buchstabe a wird in § 342 Absatz 2 Nummer 4 die Angabe „31. März 2026“ durch die Angabe „30. Oktober 2026“ ersetzt.

### **Begründung:**

Es handelt sich bei der Anpassung um eine Verschiebung der gesetzlich festgelegten Frist für die Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit. Bereits im Kabinettentwurf ist eine Verschiebung der Frist vorgesehen. Diese Fristverschiebung wird nun nochmals angepasst. Infolge erforderlicher technischer Vorarbeiten und neuer Planungen zu den vorgesehenen Releases im Jahr 2026 ist es erforderlich, dass der Termin angepasst wird. Da die derzeit im Gesetz vorgesehene Frist bereits abgelaufen ist (15. Juli 2025) ist eine zeitnahe Anpassung dringend geboten.

## **Änderungsantrag Nr. 5**

Zu Artikel 3 Nummer 38a (§ 352 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Zugriffsbeschränkung für Abrechnungsdaten  
der Krankenkassen)

Nach Artikel 3 Nummer 38 wird die folgende Nummer 38a eingefügt:

„38a. In § 352 wird nach Satz 2 der folgende Satz eingefügt:

„Die Zugriffsrechte nach Satz 1 gelten nicht für Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8.“ ‘

### **Begründung:**

Die Änderung von § 352 bezweckt die Einschränkung des Zugriffs auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 SGB V. Gegenüber der bisherigen Rechtslage, die lediglich die Möglichkeit eines Widerspruchs gegen die Übermittlung dieser Daten eröffnet, wird durch die eingeschränkte Zugriffsmöglichkeit ein höheres Schutzniveau der Versicherten vor der indirekten Offenbarung von sensiblen Informationen garantiert.

## **Änderungsantrag Nr. 6**

Zu Artikel 3 Nummer 39 (§ 360 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Anpassung der Fristen zum Anschluss der Heil- und Hilfsmittelerbringer an die Telematikinfrastruktur)

Artikel 3 Nummer 39 wird durch die folgende Nummer 39 ersetzt:

39. § 360 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 8 wird die Angabe „1. Januar 2026“ durch die Angabe „1. Oktober 2027“ ersetzt.
- b) Absatz 10 wird durch den folgenden Absatz 10 ersetzt:

„(10) Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten sind durch die Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.“ ‘

### **Begründung:**

Zu Buchstabe a

Die Einführung der elektronischen Heilmittelverordnung und der Hilfsmittelverordnung werden sich nach hinten verschieben. Das hat zur Folge, dass auch die Verpflichtung für Heilmittelerbringer und für Hilfsmittelerbringer zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur zeitlich nach hinten verschoben werden muss.

Zu Buchstabe b

Die Regelung entspricht wortgleich dem Gesetzentwurf und muss im Änderungsantrag aus rein redaktionellen Gründen wiederholt werden.

## **Änderungsantrag Nr. 7**

Zu Artikel 3 Nummer 0 (§ 6 SGB V)

### **(Schließung von Regelungslücken beim Ausschluss über-55-jähriger PKV-Versicherter aus der GKV)**

Vor Artikel 3 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. § 6 Absatz 3a wird durch die folgenden Absätze 3a und 3b ersetzt:

„(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Entfällt für diese Personen die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres, gelten die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die wegen hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit nicht bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 5 als im Sinne des Satzes 2 fortbestehend. Der Voraussetzung nach Satz 2 auch in Verbindung mit Satz 3 steht die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in den Sätzen 2 und 3 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtig sind.

(3b) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres eine Absicherung im Krankheitsfall begründen, die nach zwischenstaatlichen oder supranationalen Vorschriften einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt ist, sind, auch wenn sie nach Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nach diesem Buch versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor der Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nicht gesetzlich versichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Absatz 3a Satz 4 gilt entsprechend.“

### **Begründung:**

Mit der Regelung wird eine Regelungslücke für Personen geschlossen, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren Versicherungspflichttatbestand aber erst nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eintritt.

Gemäß § 6 Absatz 3a Satz 1 sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Hierdurch wird zum Schutz der Solidargemeinschaft sichergestellt, dass Personen, die versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren, nicht zu diesem späten Zeitpunkt in ihrem Erwerbsleben von der privaten Krankenversicherung zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können, obwohl sie im vergangenen Fünfjahreszeitraum der Sphäre der privaten Krankenversicherung zuzuordnen waren.

Zu dieser Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg am 19. April 2024 (Az. L 1 KR 441/21) entschieden, dass die weitere Voraussetzung in § 6 Absatz 3a Satz 2 „mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig“ dem Wortlaut nach auf den in § 6 Absatz 3a Satz 1 enthaltenen Fünfjahreszeitraum zu beziehen ist, der mit Eintritt der Versicherungspflicht endet und nicht mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Diese Auslegung hat

zur Folge, dass die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung frühestens zweieinhalb Jahre nach dem durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingten Ende der Versicherungsfreiheit, dem Ende einer hauptberuflichen selbstständigen Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) oder dem Wegfall einer Befreiung von der Versicherungspflicht einen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet. Eine solche Aushöhlung der grundsätzlichen Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung entsprach nicht der Intention des Gesetzgebers.

Im Hinblick auf die Rechtsprechung ist daher mittels der neuen Regelung Abhilfe zu schaffen. Nach dieser wirkt für Zwecke der Voraussetzung des Satzes 2 eine nach Vollendung des 55. Lebensjahres wegfallende Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht oder hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) fort. Grundsätzlich haben sich diese Personen (weiterhin) in der privaten Krankenversicherung abzusichern. Für der privaten Krankenversicherung zugeordnete Personen besteht dabei Anspruch auf Aufnahme in den Basisstarif.

Im vormaligen Satz 3 und neuen Satz 4 werden Folgeänderung zum neu eingefügten Satz 3 vorgenommen. Die erweiternde Regelung des neuen Satzes 3 erfasst gleichfalls auch Ehegatten und Lebenspartner von Beamtinnen und Beamten, hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigen und versicherungsfreien Personen.

Wenn privat Krankenversicherte ins Ausland ziehen und dort eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, können zwischenstaatliche oder supranationale Normen die Anerkennung von im Ausland zurückgelegten Zeiten in einer gesetzlichen Absicherung anordnen. Solche Regelungen bezwecken die Gleichstellung mit gesetzlich Versicherten im Inland, nicht jedoch eine Besserstellung im Vergleich zu Versicherten mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland. Die systembedingten Einschränkungen bei der Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sollten durch derartige Vorschriften nicht umgangen werden können.

Eine fundamentale Bestimmung zur Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung ist § 6 Absatz 3a, nach dem ein Wechsel in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres nur noch sehr eingeschränkt möglich ist, wenn in den letzten fünf Jahren zuvor schon eine Versicherung in der GKV bestanden hat oder die betreffenden Personen nicht einer Personengruppe angehören, die, wie zum Beispiel als Jahresarbeitsentgeltüberschreiter und Beamte versicherungsfrei oder als hauptberuflich Selbstständige nicht versicherungspflichtig und damit grundsätzlich der PKV zugewiesen sind. Mit der Regelung sollen Wechsel in die GKV unterbunden werden, wenn während der aktiven Erwerbsphase keine ausreichende Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der GKV stattgefunden hat.

Personen, die vor einem Auslandsaufenthalt bereits in Deutschland ansässig waren, konnten bzw. hatten sich in Deutschland gegen Krankheit abzusichern. Von Sonderversicherungssystemen abgesehen ist hierfür nach den gesetzlichen Regelungen entweder eine Absicherung in der GKV oder in der PKV möglich bzw. vorgesehen. Die im Gesetz enthaltene Systemabgrenzung sollte durch einen Auslandsaufenthalt nicht umgangen werden können. Daher ist die Systemabgrenzung in § 6 dahingehend zu präzisieren, dass die ausschließenden Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres auch bei Personen, die nach einem Aufenthalt im Ausland nach Deutschland ziehen, wirkungsgleich zur Anwendung kommen. Damit ein Aufenthalt im Ausland weder zu einer Benachteiligung noch zu einer Bevorzugung im Vergleich zu durchgängig im Inland Versicherten führt, sind die Voraussetzungen bei erstmaliger Wahl einer gesetzlichen Absicherung nach Vollendung des 55. Lebensjahrs zu prüfen, unabhängig davon, ob diese im Inland oder im Ausland erfolgt.

Da die Regelung keine Einschränkungen enthält, gilt sie für sämtliche Versicherungspflichttatbestände nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 13. Sofern vor dem Aufenthalt im Ausland eine private Krankenversicherung bestanden hat, können Versicherte ihren Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortführen (§ 204 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes). Anderenfalls besteht Anspruch auf Aufnahme in den Basisstarif.

## **Änderungsantrag Nr. 8**

### Zu Artikel 3 Nummer 0 (§ 10 SGB V)

#### **(Ausschluss des Wechsels aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung der GKV durch Absenken einer gesetzlichen Altersrente auf eine Teilrente)**

Vor Artikel 3 Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

.0. § 10 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.

Die Versicherungsfreiheit nach § 7 bleibt bei der Prüfung der Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 3 außer Betracht. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird zur Ermittlung des Gesamteinkommens nach Satz 1 Nummer 5 das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. Renten werden für das Gesamteinkommen nach Satz 1 Nummer 5 mit dem Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen im Sinne des Satzes 1 Nummer 5 bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nummer 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind abweichend von Satz 1 für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes und für die Dauer der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren. Ehegatten und Lebenspartner sind abweichend von Satz 1 nicht versichert, wenn sie

1. eine Rente wegen Alters als Teilrente in Anspruch nehmen,
2. die in Satz 1 Nummer 5 genannte Voraussetzung nicht erfüllen würden, wenn sie die Rente stattdessen in voller Höhe in Anspruch nehmen würden und
3. zuletzt vor Inanspruchnahme der Teilrente nicht gesetzlich krankenversichert waren.“ ‘

#### **Begründung:**

Die neuen Sätze 2 bis 6 entsprechen der bestehenden Rechtslage und waren bisher in der listenförmigen Aufzählung in Satz 1 enthalten. Sie regeln nähere Bestimmungen zu den Voraussetzungen in Satz 1 und wurden nun im Anschluss an die Aufzählung in eigene Sätze überführt, um die Regelung insgesamt übersichtlicher zu gestalten.

Bei der Ergänzung des Satzes 7 (bisher Satz 3) handelt es sich um eine Klarstellung, dass mit der Regelung von der grundsätzlichen Regelung in Satz 1 abgewichen wird.

Mit dem neuen Satz 8 wird der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Zahlbetrag der Vollrente oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung schließt insoweit eine Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.

## **Änderungsantrag Nr. 9**

Zu Artikel 3 Nummer 18 (§ 87 SGBV)

### **(Überprüfungsauftrag - Barrierefreiheit des EBMs)**

Artikel 3 Nummer 18 wird durch die folgende Nummer 18 ersetzt:

,18. § 87 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:  
„Die Bewertungsmaßstäbe sind regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob sie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von behinderten Menschen angemessen Rechnung tragen und, soweit erforderlich, anzupassen; die Anpassung ist zum Zeitpunkt der Anpassung punktsummenneutral umzusetzen.“
- b) Absatz 2a Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu beschließen.“ ‘

#### **Begründung:**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung stellt sicher, dass durch die regelmäßige Überprüfung der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen dem Ziel der angemessenen Berücksichtigung der barrierefreien Leistungserbringung Rechnung getragen wird. Soweit aufgrund der Überprüfung eine Anpassung der Bewertungsmaßstäbe erforderlich ist, stellt die Regelung zudem sicher, dass sich durch die Anpassung zum Zeitpunkt der Anpassung das in Punkten bestimmte Leistungsvolumen insgesamt nicht erhöht.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

## **Änderungsantrag Nr. 10**

Zu Artikel 3 Nummer 21a (§ 117 SGB V)

Zu Artikel 3 Nummer 22a (§ 120 SGB V)

### **(Finanzierung Psychotherapeuten in Weiterbildung)**

Artikel 3 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 21 wird die folgende Nummer 21a eingefügt:

21a. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3b Satz 1 wird nach der Angabe „zugelassen sind“ die Angabe „(Weiterbildungsambulanzen)“ eingefügt.
- b) Absatz 3c wird durch den folgenden Absatz 3c ersetzt:  
„Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 und 3a erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Ausbildungsteilnehmer erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Ausbildungsteilnehmer auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Ausbildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszahlenden Vergütungsanteils mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben zu veröffentlichen.“

2. Nach Nummer 22 wird die folgende Nummer 22a eingefügt:

22a. § 120 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. Sie muss die Leistungsfähigkeit der in Satz 1 genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen. Als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 2 ist eine Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen durch die Einrichtungen nach Satz 1 festzulegen. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 hat die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92

Absatz 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Bei der Vereinbarung der Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen hat eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen zu erfolgen. Für die Beurteilung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“ ‘

### **Begründung:**

#### **Zu Nummer 1 (§ 117 SGB V)**

##### **Zu Buchstabe a**

Mit der Änderung wird für die Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, die Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen eingeführt, damit dieser Begriff im Gesetz verwendet werden kann.

##### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um Folgeänderungen, die daraus resultieren, dass für die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit geschaffen wird, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 120 Absatz 2 zu vereinbaren. Die entsprechende Verweisung in Absatz 3c auf die Weiterbildungsambulanzen nach Absatz 3b ist mithin obsolet. Entsprechend ist auch die Regelung der Weitergabe von mindestens 40 Prozent der von den Krankenkassen geleisteten Vergütung an die Weiterbildungsteilnehmenden hinfällig sowie die Mitteilung der Höhe der Ausbildungskosten und des auszuzahlenden Vergütungsanteils. Die Nennung der Weiterbildungsteilnehmenden ist aus der jeweiligen Regelung zu streichen.

#### **Zu Nummer 2 (§ 120 SGB V)**

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 1 und dem entsprechende notwendige Folgeänderungen in den Sätzen 2 und 3 werden die Weiterbildungsambulanzen nunmehr explizit in § 120 Absatz 2 genannt und insoweit mit den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt.

Durch die Ergänzung der Sätze 8 und 9 wird als Maßstab für die Festlegung der Vergütung der Weiterbildungsambulanzen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen vorgegeben. Auch dürfen nur Leistungen vergütet werden, für die eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Für andere Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen und sind somit nicht zu vergüten. Da in den Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmer erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen, sind klare Abgrenzungen für die zu vergütenden Leistungen erforderlich.

## **Änderungsantrag Nr.11**

Zu Artikel 3 Nummer 25a (§ 176 SGB V)

### **(Klarstellung Antragsfrist für Solidargemeinschaften)**

Nach Artikel 3 Nummer 25 wird die folgende Nummer 25a eingefügt:

„25a. § 176 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt. Ein Antrag nach Satz 1 kann erstmalig nur bis einschließlich 30. Juni 2026 gestellt werden.“ ‘

#### **Begründung:**

Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) wurde eine Bestandschutzregelung für Mitglieder in (privaten) Solidargemeinschaften in § 176 eingeführt, in denen großteils jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt wurde. Dabei handelt es sich um eine eng begrenzte Ausnahmeregelung. An dem grundsätzlich dual ausgestalteten System der Absicherung im Krankheitsfall durch die gesetzliche und die private Krankenversicherung sollte ausdrücklich festgehalten werden und die Errichtung einer neuen Versicherungssäule explizit ausgeschlossen werden. Im Einklang damit scheidet im Fall eines späteren Verlustes der gesetzlichen Anerkennung der Mitgliedschaft als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (z. B., wenn die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft nach Ablauf eines weiteren 5-Jahreszeitraums nicht erneut nachgewiesen wurde) eine Mitgliedschaft in der davon betroffenen Solidargemeinschaft als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall aus und es kommen die allgemeinen Regelungen zur Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die private Krankenversicherung, insbesondere § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetz, zur Anwendung (vgl. zum Ganzen die Gesetzesbegründung in Deutscher Bundestag, Drucksache 19/27652, Seite 109 f.)

Solidargemeinschaften, die die in § 176 Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, konnten einen Antrag stellen, um zu Gunsten ihrer Mitglieder Bestandschutz zu erlangen. Über vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Regelung bestand ausreichend Zeit für interessierte Solidargemeinschaften, nach interner Willensbildung einen entsprechenden Antrag zu stellen. Von dieser Möglichkeit haben diverse Solidargemeinschaften auch Gebrauch gemacht und dem vom Gesetzgeber gewollten Bestandschutz wurde Genüge getan. Da es mit Blick auf das grundsätzlich bestehende dual ausgestaltete System nicht sachgerecht ist, die interne Entscheidungsfindung über eine etwaige Antragsstellung zeitlich unbegrenzt zu ermöglichen, wird vor dem Hintergrund des bereits verstrichenen mehrjährigen Entscheidungszeitraum geregelt, dass die Möglichkeit zur erstmaligen Antragsstellung nach § 176 Absatz 1 für Solidargemeinschaften nach dem 30. Juni 2026 ausgeschlossen ist.

## **Änderungsantrag Nr. 12**

Zu Artikel 3a (§ 31 Absatz 1a SGB V)

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

**(Verbandmittel)**

1. Nach Artikel 3 wird der folgende Artikel 3a eingefügt:

**Artikel 3a**  
**Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

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

In § 31 Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe „Bis 60 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelung nach Satz 4“ durch die Angabe „Bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.'

2. Artikel 14 wird durch den folgenden Artikel 14 ersetzt:

**Artikel 14**  
**Inkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2026 in Kraft.
- (2) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.
- (3) Artikel 3a tritt mit Wirkung vom 2. Dezember 2025 in Kraft.
- (4) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.'

### **Begründung:**

#### **Zu Nummer 1:**

Nach der gemäß § 31 Absatz 1a Satz 4 auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können sonstige Produkte zur Wundbehandlung in die Versorgung nach § 31 Absatz 1 Satz 2 einbezogen werden, sofern sie medizinisch notwendig sind. Nach der Übergangsregelung in § 31 Absatz 1a Satz 5 können bestimmte sonstige Produkte zur Wundbehandlung davon abweichend auch ohne Nachweis, dass sie medizinisch notwendig sind, noch bis zum 2. Dezember 2025 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Um den Zugang zu diesen Produkten auch nach Ablauf dieser Frist zu gewährleisten, soll die Frist bis zum 31. Dezember 2026 verlängert werden. In einem weiteren Gesetzgebungsverfahren soll im Anschluss der Begriff „Verbandmittel“ so definiert werden, dass langfristig eine Versorgung mit notwendigen Verbandmitteln und Wundbehandlungsprodukten sichergestellt ist.

#### **Zu Nummer 2:**

Ein Inkrafttreten der Änderung des § 31 Absatz 1a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am 2. Dezember 2025 ist erforderlich, um die bisher geltende Frist, die am 2. Dezember 2025 abläuft, zu verlängern.

## **Änderungsantrag Nr. 13**

Zu Artikel 3 Nummer 27a – neu – (§ 226 SGB V)

### **(Beitragsfreiheit einer Waisenrente bei Ableistung eines Freiwilligendienstes)**

Nach Artikel 3 Nummer 27 wird die folgende Nummer 27a eingefügt:

„27a. Dem § 226 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Sind Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes auch nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig, sind die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b genannten Leistungen und die in § 237 Satz 3 genannten Leistungen jeweils bis zum Erreichen der jeweiligen in § 10 Absatz 2 Nummer 3 genannten Altersgrenze beitragsfrei.“ ‘

### **Begründung:**

#### **Zu Nummer 27a (§ 226 SGB V)**

Nach geltendem Recht entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen mit der vorrangigen Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter. Die angesprochenen Freiwilligendienste nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz und dem Jugendfreiwilligendienstegesetz und vergleichbare anerkannte Freiwilligendienste unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, da die im Rahmen der Freiwilligendienste geleisteten Tätigkeiten einer Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gleichstehen. Das hierfür geltende Erfordernis der Entgeltlichkeit wird durch das in der Regel gewährte Taschengeld und gegebenenfalls durch die Sachleistungen Verpflegung, Unterkunft und Arbeitskleidung beziehungsweise entsprechende Geldersatzleistungen erfüllt. Insoweit ist nach § 5 Absatz 8 die Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter vorrangig vor der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b.

Für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig sind, bestimmt § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, dass der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist.

Mit der Ergänzung des § 226 um den neuen Absatz 6 werden die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt, wenn Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes als Beschäftigte versicherungspflichtig werden.

## **Änderungsantrag Nr. 14**

Zu Artikel 3 (Nummer 0x und 46 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 13a (Änderung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts)

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

### **(Übergangsregelung Soziales Entschädigungsrecht)**

1. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 0x eingefügt:

„0x. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 427 die folgende Angabe eingefügt:

„§ 428 Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts.“

b) Nach Nummer 45 wird die folgende Nummer 46 eingefügt:

„46. Nach § 427 wird der folgende § 428 eingefügt:

#### **„§ 428**

#### **Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts**

Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz erhalten, gelten die Vorschriften des § 5 Absatz 1 Nummer 6, des § 49 Absatz 1 Nummer 3, des § 55 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Satz 4, des § 62 Absatz 2 Satz 4 sowie Satz 5 Nummer 2, des § 192 Absatz 1 Nummer 3, des § 235 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 2 Satz 1, des § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, des § 251 Absatz 1 und des § 294a Absatz 1 Satz 1 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

2. Nach Artikel 13 wird der folgende Artikel 13a eingefügt:

#### **„Artikel 13a**

#### **Änderung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts**

Artikel 32 Nummer 1 und 13 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) geändert worden ist, wird aufgehoben.“

3. Artikel 14 wird durch den folgenden Artikel 14 ersetzt:

#### **„Artikel 14 Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2026 in Kraft.

(2) Artikel 3 Nummer 46 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.

(3) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.

(4) Artikel 13a tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(5) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.“

### **Begründung:**

§ 326 SGB V existiert seit dem 1. Januar 2024 mit zwei unterschiedlichen Regelungsinhalten. Infolge eines gesetzgeberischen Redaktionsversehens im Zusammenhang mit dem am 20. Oktober 2020 in Kraft getretenen Patientendatenschutzgesetz vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) wurde versäumt, § 326 in der Fassung des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts vom 12.

Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das insoweit am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, in das 15. Kapitel des SGB V (Weitere Übergangsvorschriften) zu transferieren, was zur Vermeidung einer Doppelung desselben Paragraphen-Zeichens mit unterschiedlichem Regelungsinhalt im SGB V nunmehr erfolgt. Die mit dem PDSG geschaffene Norm § 326 SGB V, die das Verbot der Nutzung der Telekommunikationsinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung regelt, bleibt von der vorgeschlagenen Änderung unberührt.

## **Änderungsantrag Nr. 15**

Zu Artikel 3 Nummer 27b – neu – (§ 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

### **(Verweiskorrektur Bundeszuschuss)**

Nach Artikel 3 Nummer 27a wird die folgende Nummer 27b eingefügt:

27b. § 221a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Angabe „und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 wird nach der Angabe „nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Angabe „und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.
- c) In Absatz 4 wird nach der Angabe „nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Angabe „und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

### **Begründung:**

Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2025 soll unter anderem ein ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung von Aufwendungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser aufgrund eines zeitlich befristeten Rechnungszuschlag bei der stationären Behandlung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten geleistet werden. Der Rechnungszuschlag soll die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser aus den Jahren 2022 und 2023 schließen. Den Rechnungszuschlag sollen sowohl somatische als auch psychiatrische als auch psychosomatische Krankenhäuser erhalten, weshalb das Haushaltsbegleitgesetz entsprechende Rechnungszuschläge in § 8 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz und in § 8 Absatz 7 Bundespflegesatzverordnung vorsieht. Der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch den Rechnungszuschlag keine Mehrausgaben entstehen und gleichzeitig durch einen Übertrag einer möglichen Differenz aus den geleisteten ergänzenden Bundeszuschüssen und den durch die Krankenkassen tatsächlich an die Krankenhäuser gezahlten Rechnungszuschlägen an den Krankenhaustransformationsfonds nach § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz sichergestellt werden, dass die bereitgestellten Mittel in voller Höhe zur Finanzierung der Transformation der Krankenhauslandschaft genutzt werden können. Aufgrund eines redaktionellen Versehens wurde jedoch im Rahmen der Abstimmung des Gesetzentwurfs neben dem Verweis auf die im Krankenhausentgeltgesetz adressierten Akutkrankenhäuser der Verweis auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach der Bundespflegesatzverordnung in § 221a Absatz 1, 3 und 4 gestrichen. Dies hätte zur Folge, dass bei den in Absatz 3 und 4 vorgesehenen Spitzabrechnungen die an die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach der Bundespflegesatzverordnung im Zeitraum von November 2025 bis Oktober 2026 ausgezahlten Rechnungszuschläge bei der Ermittlung des Differenzbetrages nicht berücksichtigt würden. Somit würde der Restmittelübertrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Krankenhaustransformationsfonds um diesen Betrag höher ausfallen und die gesetzliche Krankenversicherung in nicht intendierter Weise belastet. Die Änderung korrigiert dieses Versehen.