

AG MedReha · Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
(BMAS)  
Frau Gabriele Lösekrug-Möller  
Parlamentarische Staatssekretärin  
Wilhelmstraße 49  
10117 Berlin

Friedrichstraße 60  
10117 Berlin  
Telefon 030/2400899-0  
Telefax 030/2400899-30

Berlin, 2. März 2015

## 5. Sitzung der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin,

beigefügt erhalten Sie unsere Stellungnahme zum Arbeitspapier zu TOP 1 der 5. Sitzung der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz.

Mit freundlichen Grüßen



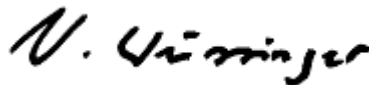
Thomas Bublitz  
Bundesverband Deutscher  
Privatkliniken e.V.



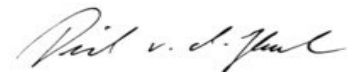
Dr. Andreas Koch  
Bundesverband für stationäre  
Suchtkrankenhilfe e.V.



Christof Lawall  
Deutsche Gesellschaft für  
medizinische Rehabilitation  
e.V.



Dr. Volker Weissinger  
Fachverband Sucht e.V.



Dirk van den Heuvel  
Bundesverband Geriatrie  
e.V.

Berlin, 02.03.2015

## **Stellungnahme**

### **zum Arbeitspapier zu TOP 1 der 5. Sitzung der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz**

Mit dem Bundesteilhabegesetz soll die Eingliederungshilfe neu geordnet werden. Außerdem wird eine Weiterentwicklung des SGB IX angestrebt, mit der die Koordinierung der Rehabilitationsträger verbessert werden soll. Zur Begleitung des Reformprozesses hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Arbeitsgruppe gebildet, in der Menschen mit Behinderungen, ihre Verbände sowie die Sozialversicherungsträger beteiligt sind. Verbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation sind in der Arbeitsgruppe nicht beteiligt. In der 5. Sitzung am 10.12.2014 wurde ein Arbeitspapier zum Weiterentwicklungsbedarf des SGB IX beraten.

Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

#### **Zu 1. Sachverhalt (Seite 4)**

Im Arbeitspapier wird als weiteres Themenfeld für eine Weiterentwicklung des SGB IX beispielhaft das Wunsch- und Wahlrecht genannt. Hier halten wir ebenfalls eine Weiterentwicklung für dringend geboten. Versicherten, die im Rahmen einer Rehabilitation der Krankenversicherung ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben, wird dies häufig nur gestattet, wenn sie dadurch entstehende Mehrkosten übernehmen. Dies schließt Menschen von der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts aus, die nicht in der Lage sind, diese Mehrkosten zu übernehmen.

**Lösungsvorschlag:** Es bedarf einer eindeutigen Regelung. Spezialgesetzliche Ausführungen zum Wunsch- und Wahlrecht müssen gestrichen und eine Verweisung ins SGB IX vorgenommen werden. Es muss klargestellt werden, dass die Ausübung des Wahlrechts ohne die Zahlung von Mehrkosten erfolgt. Ein konkreter Vorschlag ist als **Anlage 1** beigefügt.

#### **Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe b3) Bedarfsfeststellung**

Zu berücksichtigen ist, dass eine Bedarfsfeststellung sowohl eine Orientierung an der ICF wie auch der ICD erfordert.

#### **Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe d2) Institutionelle Unterstützung der Zusammenarbeit**

Wir begrüßen den Vorschlag, einen Bundesausschuss für Rehabilitation einzurichten. Dieser sollte insbesondere in der Lage sein, trägerübergreifend verbindliche Festlegungen zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltung der Leistung und den Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen. Für dringend erforderlich halten wir dabei fest verankerte Mitent-

scheidungsrechte der Betroffenen und der Leistungserbringer. Die Wettbewerbsneutralität der Auswahl- und Belegungsentscheidungen der Rehabilitationsträger sowie die Gleichbehandlung aller geeigneten Leistungsanbieter ist sicher zu stellen.

Ein besonderes Problem sehen wir im bestehenden Antragsverfahren im SGB V in Verbindung mit der Reha-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das dort etablierte zweistufige Antragsverfahren erschwert den Zugang zu Reha-Leistungen erheblich. Zudem gibt es kein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren.

**Lösungsvorschlag:** Damit ein nahtloser und frühzeitiger Zugang zu den erforderlichen Rehabilitationsleistungen ermöglicht wird, muss der zu gründende Bundesausschuss für Rehabilitation ermächtigt werden, ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren festzulegen. Für alle Reha-Träger werden verbindliche Tatbestände festgelegt, bei denen regelmäßig eine Rehabilitationsleistung zu erbringen ist. (Zum Beispiel: Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Antrag auf Pflegeleistung, bestimmte Operationen oder Erkrankungen). Ein konkreter Vorschlag ist in der **Anlage 2** dargestellt.

### **Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe c2) Transparenz**

Wir unterstützen die Einführung einer eigenständigen Reha-Statistik. In einem gemeinsamen Workshop im Statistischen Bundesamt mit Vertretern des BMAS, des BMG, der DRV Bund und der AG MedReha am 6. August 2009 wurden hierzu bereits konkrete Vorschläge entwickelt. Für erforderlich halten wir eine statistische Trennung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationsfällen. Konkrete Vorschläge sind als **Anlage 3** beigefügt.

### **Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe g3) Geltungsbereich des SGB IX**

Wir unterstützen die Option, nach der in § 7 SGB IX ausdrücklich festgelegt wird, welche Normen des SGB IX Vorrang vor den Spezialgesetzen der Rehabilitationsträger haben. Aufgrund der Erfahrungen mit den bestehenden Regeln begrüßen wir den zusätzlich vorgeschlagenen Verweis aus den Leistungsgesetzen ins SGB IX. Zudem halten wir die Einführung einer übergreifenden Schiedsstellenregelung im SGB IX, welche alle Leistungsträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation umfasst für erforderlich.

In der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) sind die maßgeblichen Spitzenverbände der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zusammengeschlossen: Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) sowie der Fachverband Sucht e.V. (FVS). Die AG MedReha vertritt in Deutschland rund 800 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 80.000 Behandlungsplätzen.

## **Anlage 1: Wunsch- und Wahlrecht**

### **1. § 9 SGB IX wird wie folgt geändert:**

a) In Abs. 1 Satz 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen.

b) In Abs. 1 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

"Das Wunschrecht gilt als besonderes Element der Wirksamkeit und damit der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Bei der Wahl einer Einrichtung, mit der der jeweils zuständige Rehabilitationsträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, ist die Wirtschaftlichkeit der Leistung gegeben und eventuelle Mehrkosten gehen nicht zulasten des Versicherten.""

c) In Satz 3 wird nach dem Wort "getragen" der Punkt durch ein Semikolon ersetzt, und es werden die Worte angefügt "ebenso den Rechten behinderter Kinder nach § 4 Abs. 3."

## Anlage 2\_Bundesausschuss für Rehabilitation und Direktzugang

### § 13 Gemeinsame Empfehlungen

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 gemeinsame Empfehlungen.

(2) ~~Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5~~ Der Bundesausschuss für Rehabilitation nach § 13a legt fest vereinbart ~~darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,~~

1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden, sowie über die statistische Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Wirkungen dieser Maßnahmen,
2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern
3. in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist sowie über die Ausgestaltung des in § 14 bestimmten Verfahrens,
4. in welcher Weise die Bundesagentur für Arbeit von den übrigen Rehabilitationsträgern nach § 38 zu beteiligen ist,
5. wie Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden,
6. in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden,
- ~~7. (weggefallen)~~
7. Grundlagen für die Verträge nach § 21,
8. in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,
9. zu einem Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den in § 83 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe sowie
10. über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen,
11. interne und externe Qualitätssicherungsverfahren
12. ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren und in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen ein Direktzugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation möglich ist.

Die Absätze 3 bis 9 sind entsprechend anzupassen.

## **§ 13a Bundesausschuss für Rehabilitation**

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen bilden einen Bundesausschuss für Rehabilitation. Der Bundesausschuss für Rehabilitation ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und jeweils fünf Vertretern der Rehabilitationsträger, der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie der Verbände behinderter Menschen. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am xx.xx.xxxx beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum xx.xx.xxxx vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einer Rehabilitationseinrichtung beschäftigt waren. Haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Bundesausschuss für Rehabilitation. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit sechs Jahre. Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.

(3) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 tragen die Kosten des Bundesausschuss für Rehabilitation mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder.

(4) Der Bundesausschuss für Rehabilitation beschließt eine Geschäftsordnung, in der sie Regelungen zur Arbeitsweise der Reha-Kommission insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Gemeinsamen Empfehlungen durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Bundesausschuss für Rehabilitation trifft.

Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Die Beschlüsse des Bundesausschuss für Rehabilitation sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(6) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich. Die nichtöffentlichen Beratungen des Bundesausschuss für Rehabilitation, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(7) Die Aufsicht über den Bundesausschuss für Rehabilitation führen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

### **§ 287b Absatz 3 (neu) SGB VI**

Die jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe werden in der Zeit vom 01. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2050 bedarfsgerecht unter Berücksichtigung einer Demografiekomponente fortgeschrieben. Die Demografiekomponente ist zusätzlich zur voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe nach § 220

Absatz 1 Satz 1 als gesonderter Faktor zu berücksichtigen. Der Faktor wird wie folgt festgesetzt:

...

Die Demografiekomponente wird alle 5 Jahre von der Reha-Kommission nach § 13 a SGB IX überprüft und ggf. angepasst.



## **Anlage 3: Aufbau einer Statistik für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)**

### **Aktuelle Statistikkennormen für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)**

- § 79 SGB IV (Statistiken der Sozialversicherung, näheres wird in allg. Verwaltungsvorschriften geregelt (Absatz 2))
- § 23 IV 2 SGB V, § 24 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 40 II 3 SGB V, § 41 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 28 KHG iVm §§ 1, 3 KHStatV (Grunddaten, Diagnosen)
- KSVwV (enthält KJ 1 und KG 5)
- RSVwV
- Erlass des BMGS vom 9.12.1985 für UV

### **Vorschlag:**

Eine Statistikkennorm im SGB IX und Erlass einer Rehabilitationsstatistikverordnung. Streichung der einzelnen rehabilitationsspezifischen Normen in den verschiedenen Gesetzen/Verordnungen mit Ausnahme des § 79 SGB IV.

### **Welche Daten sollen erhoben werden**

Unterscheidung:

- I. **Vollerhebung bei den Einrichtungen** nach Muster der KHStatV erweitert um
  - Ambulante Einrichtungen, teilstationäre Einrichtungen
  - Getrennt nach Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtung
  - Getrennt nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO
  - Vollerhebung auch bei den Diagnosedaten (derzeit nur über 100 Betten)
- II. **Erhebung bei den einzelnen Rehabilitationsträgern** nach Muster der RSVwV und KSVwV:
  - **Anträge auf Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation sowie Nachsorge und ihre Erledigung unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
  - **Bewilligte Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation sowie Nachsorge unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
  - **Abgeschlossene Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation sowie Nachsorge unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
  - **Leistungsausgaben** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; Nachsorge; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch

- **Leistungstage** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; Nachsorge; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch sowie unterschieden nach reguläre Beendigung/alle/planmäßige Beendigung (Entlassformen 1, 2, 3, 7 des Reha-Entlassberichts)

### **Regelungserfordernisse:**

- I. Die statistische Erhebung bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen muss differenzierter erfolgen.
- II. Die Datenerhebung über das Leistungsgeschehen aller Träger der medizinischen Rehabilitation muss einheitlich erfolgen.

### **Gesetzesvorschlag:**

#### **Zu I.)**

##### **1. § 1 Absatz 1 Nr. 1 KHStatV wird wie folgt geändert:**

„die Krankenhäuser, **Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitations-einrichtungen**, ihre organisatorischen Einheiten, ihre personelle Besetzung und sachliche Ausstattung sowie ihre Leistungen,

##### **Begründung:**

Die Rehabilitationsdaten der Einrichtungen werden zur Zeit analog der Krankenhausdaten aufgrund einer Statistikregelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG erhoben. Dabei wird nicht zwischen Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtung unterschieden.

Mit der Änderung kann die Datenerhebung differenziert nach Vorsorge- und Rehabilitations- erfolgen.

##### **2. § 3 KHStatV wird wie folgt geändert:**

„2. Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Verträge nach § 111, **111a** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **§ 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch** oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung.“

„14. **aus dem Krankenhaus mit mehr als 100 Betten oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, ...“

### **Begründung:**

Derzeit erfolgt keine Differenzierung nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO. Mit der Änderung in Nr. 2 können Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sowie Einrichtungen der Renten- und Unfallversicherung gesondert erfasst werden.

Derzeit werden Diagnosedaten nur für Einrichtungen mit über 100 Betten erhoben. Die erhobenen Daten sind somit nur bedingt aussagekräftig. Mit der Änderung in Nr. 14 wird eine Vollerhebung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreicht. Dies ist aufgrund vieler kleinerer Einrichtungen sachgerecht.

### **Zu II.)**

#### **3. Im SGB IX wird folgende Norm eingefügt:**

***„(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 4 führen nach Geschlecht differenzierte indikationsspezifische statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge sowie deren Erledigung, bewilligte und durchgeführte Maßnahmen, Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen und Leistungstage durch.***

***(2) Das Nähere wird durch eine allgemeine Verwaltungsvorschrift geregelt.“***

### **Begründung:**

Daten der Rehabilitationsträger werden aufgrund der einzelnen Leistungsgesetze mit unterschiedlicher Abfrage erhoben. Eine einheitliche Statistik besteht nicht. Die neue Norm bietet eine einheitliche Grundlage für die Erhebung von Daten durch die Rehabilitationsträger und schafft damit mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger.

#### **4. § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird gestrichen.**

### **Begründung:**

Folgeänderung zu Nr. 3: Die Erforderlichkeit einer speziellen Erhebungsgrundlage im SGB V entfällt durch eine einheitliche Norm im SGB IX.