



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0220(4.2)

gel. VB zur öAnh am 30.11.

2016_HHVG

30.11.2016

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 30.11.2016

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und
Hilfsmittelversorgung**

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz);

hier: Änderungsanträgen lt. Ausschussdrucksache

18(14)0226.1

(Kommentierung zu Änderungsantrag 8 wird ergänzt)

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288-0

Fax 030 206288-88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	4
Änderungsantrag 1	4
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
Änderungsantrag 1	7
Artikel 1 (Änderung des SGB V).....	7
§ 24i – Mutterschaftsgeld	7
Änderungsantrag 1	8
Artikel 1 (Änderung des SGB V).....	8
§ 20 SGB XI – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	8
Änderungsantrag 2	9
Artikel 1 (Änderung des SGB V).....	9
§ 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	9
§ 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	9
Änderungsantrag 3	11
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
Artikel 1f (Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung).....	11
Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)	11
Artikel 3 (Inkrafttreten)	11
§§ 231, 240, 243 SGB V Einführung einer vorläufigen Beitragsbemessung für Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit und aus Vermietung und Verpachtung, § 2 RSAV Versichertengruppen, § 46 KVLG Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder.....	11
Änderungsantrag 4	16
Artikel 1 (Änderung des SGB V).....	16
§ 276 SGB V – Zusammenarbeit	16
Änderungsantrag 5	19
Artikel 1 (Änderung des SGB V).....	19
§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistung	19
Änderungsantrag 6	22
Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Artikel 1	22
§ 299 neu – Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung	22
Änderungsantrag 7	23

Artikel 1a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	23
§ 23c SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit	23
Änderungsantrag 8	25
Artikel 1 Nr. 0 neu	25
§ 5 SGB V – Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner	25

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0a

§ 5 SGB V – Versicherungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Fällen, bei denen Arbeitslosengeld nur deshalb nicht bezogen wird, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach § 159 SGB III oder einer Urlaubsabgeltung nach § 157 Abs. 2 SGB III ruht, wird der Beginn der Versicherungspflicht vom Beginn des zweiten Monats der Sperrzeit bzw. Ruhenszeit auf den Beginn der Sperrzeit bzw. Ruhenszeit vorgezogen.

B) Stellungnahme

Durch das Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht besteht in den Fällen, bei denen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung ruht, von Beginn an Versicherungsschutz mit Anspruch auf Krankengeld. Bisher kommt es in bestimmten Fallkonstellationen bei einem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit im ersten Monat des Ruhenszeitraumes wegen der fehlenden Vermittlungsfähigkeit und des fehlenden Anspruchs auf Arbeitslosengeld nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. In der Konsequenz tritt in der Regel entweder ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V, der zudem zeitlich beschränkt ist, oder eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V ohne Anspruch auf Krankengeld ein, die noch dazu für das Mitglied mit einer nicht unerheblichen Beitragsbelastung verbunden ist. Der sozialpolitische Ansatz, für diese Fälle die Absicherungslücke zu schließen, wird daher begrüßt.

Auch wenn dies aus dem Gesetzestext nicht explizit hervorgeht, soll nach der Begründung des Änderungsantrages die Versicherungspflicht bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung bestehen. In § 159 Abs. 2 Satz 1 SGB III bzw. § 157 Abs. 2 Satz 2 SGB III ist zwar definiert, dass die Sperrzeit sowie das Ruhen wegen einer Urlaubsabgeltung in der Regel an dem Tag nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses beginnt. Dennoch sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass die Versicherungspflicht auch dann zu diesem Zeitpunkt (rückwirkend) beginnt, wenn der Antrag auf Arbeitslosengeld erst nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses gestellt wird und an diesem Tag erst ein Anspruch auf die Leistung entsteht. Damit wäre außerdem klargestellt, dass durch die Neuregelung ein im Vergleich zu den Fällen verspäteter Antragstellung ohne Sperrzeit/Urlaubsabgeltung abweichender Versicherungsbeginn gewollt ist.

Nach der Begründung des Änderungsantrages führt die Rechtsänderung zu keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit. Gesetzestechnisch wird dies dadurch erreicht, dass die entsprechende Regelung des § 232a Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach Beiträge ab Beginn des zweiten Monats der Sperrzeit bzw. des Ruhenszeitraumes zu zahlen sind, unverändert bleibt. Dies ist im Hinblick auf die Fälle einer Sperrzeit nach § 159 SGB III auch grundsätzlich nachvollziehbar. Zwar kann ein Anspruch auf Krankengeld künftig bereits im ersten Monat der Versicherungspflicht entstehen; bei durchgehender Arbeitsunfähigkeit jedoch kommt es im Hinblick auf die Regelung des § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V erst nach Ablauf der Sperrzeit, also zu einer Zeit, in der bereits bisher Versicherungspflicht besteht, zur Zahlung von Krankengeld.

In § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V ist jedoch nur bei Sperrzeiten ein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld angeordnet. Dies führt bei unveränderter Rechtslage dazu, dass bei einem vorgezogenen Beginn der Versicherungspflicht ab Beginn des Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung im Fall des Eintritts von Arbeitsunfähigkeit im ersten Monat dieses Ruhenszeitraumes nicht nur zum Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld kommt, sondern auch tatsächlich Krankengeld zu zahlen ist. Damit entsteht für die Krankenkassen eine zusätzliche Kostenbelastung. Da dem Vorziehen der Versicherungspflicht ein gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage erweiterter Leistungsanspruch gegenübersteht, bedarf es einer ergänzenden beitragsrechtlichen Regelung in § 232a Abs. 1 Satz 3 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

§ 232a Abs. 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Ab Beginn einer Sperrzeit oder ab Beginn eines Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.“

In der Begründung sollte zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht bei „verspäter“ Antragstellung ergänzend eine Klarstellung erfolgen.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Nr. 0b

§ 24i – Mutterschaftsgeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde u. a. Frauen ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld eingeräumt, die zu Beginn der Mutterschutzfristen nach § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) nicht mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Urlaubsabgeltung nach § 1 57 SGB III oder einer Sperrzeit nach § 1 59 SGB III ruht und aus diesem Grund keine Mitgliedschaft mit einem Anspruch auf Krankengeld besteht.

Durch die Änderung in Artikel 1 Nr. 0a soll nunmehr bei einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung ab dem ersten Tag die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen, die einen Anspruch auf Krankengeld beinhaltet. Dadurch kann die Regelung des § 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zukünftig entfallen, weshalb der § 24i Absatz 1 Satz 2 neu gefasst werden soll.

B) Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Nr. 1c

§ 20 SGB XI – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Fällen, bei denen Arbeitslosengeld nur deshalb nicht bezogen wird, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach § 159 SGB III oder einer Urlaubsabgeltung nach § 157 Abs. 2 SGB III ruht, wird der Beginn der Versicherungspflicht vom Beginn des zweiten Monats der Sperrzeit bzw. Ruhenszeit auf den Beginn der Sperrzeit bzw. Ruhenszeit vorgezogen.

B) Stellungnahme

Die Änderung des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 0a) wird wirkungsgleich im Recht der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen. Insofern handelt es sich um eine reine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Nr. 3a und b

§ 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

§ 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 50 Absatz 1 Nr. 1 SGB V soll gesetzlich klargestellt werden, dass aufgrund eines Hinzuverdienstes zwar rückwirkend eine Vollrente wegen Alters entfallen, aber hierdurch kein rückwirkender Krankengeldanspruch entstehen kann. Zusätzlich soll in § 51 Absatz 1 SGB V den Krankenkassen ein Aufforderungsrecht eingeräumt werden, wonach Versicherte zur Antragstellung einer Überprüfung der Beurteilung der Rente durch den Rentenversicherungsträger verpflichtet werden können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeregelungen zum Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Rentengesetz). Mit dem Flexi-Rentengesetz wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit neu geregelt. Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer Teil- in eine Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, da der Bezug von Vollrenten wegen Alters oder Renten wegen voller Erwerbsminderung einen Krankengeldanspruch ausschließt. Die vorgesehenen Regelungen in §§ 50 und 51 SGB V sind darauf ausgerichtet, Rückabwicklungen hinsichtlich des Krankengeldanspruchs und damit einhergehende Beitragspflichten in der Krankenversicherung als Folge rückwirkender Veränderungen der Rentenart bei Hinzuverdienstabweichungen möglichst zu vermeiden. Die Regelungen erscheinen unter Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten sachgerecht und ausgewogen.

Da im Flexi-Rentengesetz analog zu den Renten wegen Alters auch die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit neu geregelt wurden, ist aufgrund der vergleichbaren Folgen bei rückwirkenden Änderungen der Rentenart nicht erkennbar, weshalb die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen ausschließlich auf Renten wegen Alters ausgerichtet sind. Hier handelt es sich offensichtlich um ein gesetzgeberisches Versehen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen sollten auch auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Anwendung finden.

Änderungsantrag 3

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1f (Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung)

Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Artikel 3 (Inkrafttreten)

Nrn. 16a bis 16c

§§ 231, 240, 243 SGB V Einführung einer vorläufigen Beitragsbemessung für Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit und aus Vermietung und Verpachtung,

§ 2 RSAV Versichertengruppen,

§ 46 KVLG Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung richtet sich in erster Linie an den Personenkreis freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherter selbstständig Tätiger. Sie ist von der Zielsetzung geprägt, eine höhere Akzeptanz der Selbstständigen zur Beitragsbemessung in der GKV zu erreichen. Hierfür wird das Instrument der vorläufigen Beitragsbemessung geschaffen.

Nach dem aktuellen Recht gilt in der GKV für das Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit ein besonderes Verfahren zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen; Einkommensveränderungen werden dabei grundsätzlich zeitversetzt berücksichtigt. Das Verfahren findet seine Begründung insbesondere in dem Umstand, dass eine objektive Ermittlung des Arbeitseinkommens ausschließlich auf der Grundlage der Einkommensteuerbescheide der Finanzverwaltung möglich ist, diese jedoch naturgemäß erst nach Ablauf des jeweiligen Veranlagungsjahres erlassen werden und somit eine zeitversetzte Berücksichtigung erfahren. Die zeitversetzte Berücksichtigung des Einkommensteuerbescheides bedeutet im Einzelnen, dass die über den letzten Einkommensteuerbescheid nachgewiesenen Einkünfte der Beitragsfestsetzung für die Zukunft zugrunde gelegt werden und bis zur Erteilung des nächsten Einkommensteuerbescheides relevant bleiben. Eine Korrektur der auf diese Weise festgesetzten Beiträge für die Vergangenheit findet im Regelfall weder zugunsten noch zuungunsten des Mitglieds statt.

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag wird das Verfahren einer vorläufigen Festsetzung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung insbesondere für die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit als Regelverfahren eingeführt. Nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides

sollen die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, endgültig festgesetzt werden. Damit werden die Beiträge für das jeweilige Kalenderjahr endgültig auf der Grundlage der tatsächlich in diesem Jahr erzielten beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, so dass es im Ergebnis zu Erstattungen oder Nacherhebungen von Beiträgen kommen kann. Zugleich werden die vorläufigen Beiträge für die Zukunft auf Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides festgesetzt.

Für die endgültige Beitragsfestsetzung ist eine dreijährige Frist nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres vorgesehen. In der Zwischenzeit ist das Mitglied unverändert verpflichtet, die Krankenkasse über die Veränderungen seiner beitragspflichtigen Einnahmen zu informieren; bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden die Beiträge auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze (sog. Höchstbeiträge) festgesetzt. Werden die Mitwirkungspflichten nachgeholt, sollen die Beiträge auf Grundlage des dann vorliegenden maßgeblichen Einkommensteuerbescheides korrigiert werden. Nach Ablauf der vorgenannten Frist kann das Mitglied eine rückwirkende Reduzierung der Beitragsfestsetzung nicht mehr erreichen.

Mitglieder, deren erklärte bzw. zuletzt nachgewiesene beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze vorliegen, werden in das Verfahren der einstweiligen Beitragsfestsetzung nicht einbezogen. Stattdessen können sie bei Nachweis niedrigerer Einnahmen eine Erstattung der zu viel gezahlten Beiträge beantragen.

Ein identisches Verfahren ist für die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung vorgesehen.

Die Neuregelungen sollen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten.

Die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung werden in das angedachte Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung nicht miteinbezogen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen sind aus Sicht der GKV ungeeignet, die Zielsetzung einer höheren Akzeptanz der Beitragsbemessung bei den Betroffenen zu erreichen; die Regelungen werden daher abgelehnt.

Gegen die Wirksamkeit der angedachten Maßnahmen sprechen mehrere Gründe, die sich im Einzelnen wie folgt darstellen:

- Die vorläufige Beitragsfestsetzung widerspricht dem Grundsatz, nach dem der Versicherte darauf vertrauen kann, dass in abgeschlossene Zeiträume nicht mehr eingegriffen wird. Das künftige Verfahren würde stattdessen dazu führen, dass für teils deutlich zurückliegende Zeiträume die Beiträge neu festzusetzen wären. Die Folge

wären (neben den teils auch denkbaren Beitragserstattungen) regelmäßige Beitragsnacherhebungen. Damit einher geht das Risiko, dass Beitragsansprüche nicht erfüllt werden und infolgedessen Beitragsrückstände tendenziell weiter steigen. Das Verfahren wäre für die Mitglieder insgesamt weniger transparent und angesichts der Rückwirkungen weniger verlässlich.

- Es mag sein, dass die bislang in Einzelfällen aufgekommene Kritik einer zeitversetzten Einkommensberücksichtigung durch eine generalisierende vorläufige Beitragsfestsetzung in Teilen befriedet werden kann – die Kritik wird sich aber absehbar und nachvollziehbar lediglich verlagern. Insbesondere ist nicht davon auszugehen, dass in den Fällen der Beitragsnacherhebung für zurückliegende Zeiträume eine erhöhte Akzeptanz der Betroffenen unterstellt werden kann. Das Beschwerde- und Widerspruchsmanagement der Krankenkassen wird also in gleicher Weise gefordert sein.
- Die fehlende Akzeptanz der betroffenen Selbstständigen ist insbesondere auch in den Fällen nachvollziehbar zu unterstellen, in denen mit den bislang vorhandenen Instrumentarien der sog. Härtefallprüfung angesichts der nachgewiesenen Bedürftigkeit eine deutlich niedrige Beitragsfestsetzung erfolgte, diese aber künftig möglicherweise rückwirkend zu korrigieren wäre, der Versicherte also mit erheblichen Beitragsnachforderungen konfrontiert würde.
- Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die vorläufige Beitragsfestsetzung die wirtschaftliche Situation verbessert widerspiegelt und Beitragsüberforderungen zu vermeiden hilft. Diese Annahme trifft jedoch nicht zu, weil die Beitragsfestsetzung nach wie vor ausschließlich auf Grundlage des letzten Einkommensteuerbescheides erfolgen würde. Zwar würden die Beiträge dabei zunächst vorläufig festgesetzt werden; an den für den Lebensunterhalt zum relevanten Zeitpunkt verfügbaren finanziellen Mitteln des Versicherten und mithin an der wahrgenommenen Überforderung ändert dies jedoch nichts. Die Aussicht darauf, in einigen Jahren nach Vorlage des dann vorliegenden Einkommensteuerbescheides eine Beitragskorrektur zu erfahren, verbessert die aktuelle wirtschaftliche Situation respektive die wahrgenommene Überforderung nicht.

Die Einführung der Neuregelung würde zudem eine wesentliche Zunahme des Verwaltungsaufwandes bei den Krankenkassen gegenüber dem Status quo bedeuten. Jeder einzelne Beitragserhebungszeitraum müsste rechnerisch zweimal geprüft werden: zum einen im Rahmen einer vorläufigen Beitragsfestsetzung (zukunftsbezogen) und zum anderen durch den Vergleich mit dem für das jeweilige Veranlagungsjahr maßgeblichen Einkommensteuerbescheid (vergangenheitsbezogen). Für jeden Zeitraum wären also mehrere Beitragsbescheide (Verwal-

tungsakte) zu erlassen. Hinzu kommt, dass neben den laufenden Versicherungsverhältnissen auch solche Mitgliedszeiten beitrags technisch überwacht werden müssten, die bereits beendet sind. Angesprochen sind an dieser Stelle alle Selbstständigen, die von ihrem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht haben, sowie Personen, die ihre selbstständige Tätigkeit zwischenzeitlich aufgegeben haben. Die betroffenen Beitragskonten müssten für die Dauer von drei Jahren nach dem Ende der Mitgliedschaft mit allen notwendigen Arbeitsabläufen (Wiedervorlage, Schreiben zur Einkommensüberprüfung, Erinnerung, Erlass der Beitragsbescheide, ggf. Beitragserstattungen oder Verfolgung der Beitragsnachforderungen) aktiv geführt werden. Es ist nicht zu erwarten, dass insbesondere in den dargestellten Lebenssachverhalten ein ausgeprägtes Verständnis der Betroffenen für rückwirkende Beitragskorrekturen/Beitragsnacherhebungen unterstellt werden kann.

Sofern die politische Zielsetzung (auch) darin besteht, die Beitragsbemessung für die Betroffenen nachvollziehbarer und transparenter zu gestalten, sind die vorgesehenen Regelungen ungeeignet – sie sollten daher nicht weiterverfolgt werden.

Alternatives Modell zur Vereinfachung des Verfahrens

Gleichwohl ist einzuräumen, dass sich die Lebens- und Einkommenssituation zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger zunehmend verändert hat; dies gilt insbesondere für die zunehmende Zahl von sog. „Solo-Selbstständigen“. Diesem Veränderungsprozess gilt es nach Einschätzung der GKV stabil und sachgerecht Rechnung zu tragen, ohne außer Acht zu lassen, dass sich die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen abhängig Beschäftigten (Brutto-Prinzip) und Selbstständigen (Netto-Prinzip) durchaus unterscheidet.

Denkbar wäre beispielsweise zu hinterfragen, ob die bislang geltenden Rahmenbedingungen der Beitragsfestsetzung für selbstständig Erwerbstätige und die dabei vorgehaltenen Mindestbeitragsbemessungsgrenzen in ihrer gegenwärtigen Ausprägung und Differenzierung noch uneingeschränkt zeit- und sachgerecht erscheinen oder stattdessen eine den Lebenswirklichkeiten und tatsächlichen Einkommenssituationen eher entsprechende Beitragsfestsetzung auch dadurch erreicht werden könnte, dass der vorhandene Korridor zur Einordnung der tatsächlichen Einnahmen (wie heute schon bei den Existenzgründern möglich) verbreitert wird.

In diesem Zuge könnte zugleich auf die verwaltungsintensive und für die Betroffenen höchst intransparente Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung nach § 240 Absatz 4 Satz 4 SGB V verzichtet werden.

Mit Blick auf die als belastend empfundene Regelung, dass Änderungen der Beitragsbemessung zugunsten des Versicherten ausschließlich für die Zukunft wirksam werden, könnte ferner darüber nachgedacht werden, ob die Möglichkeit einer rückwirkenden Berücksichtigung niedrigerer Einnahmen in den Fällen der nachgeholtten Mitwirkung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen eine entsprechende Entlastung schafft. Dies wäre durch Wegfall der Regelung des § 240 Abs. 4 Satz 6 SGB V relativ einfach umsetzbar.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Regelungen sind zu streichen.

Es wird vorgeschlagen, sach- und zielgerichtete Lösungsansätze zu diskutieren, die den veränderten Lebens- und Einkommenssituationen zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger sachgerechter und zielorientierter Rechnung tragen.

Änderungsantrag 4

Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Nr. 16f

§ 276 SGB V – Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 276 Absatz 2 SGB V soll gesetzlich klargestellt werden, dass die Medizinischen Dienste Sozialdaten untereinander weiterleiten dürfen, wenn diese für die Bearbeitung von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen benötigt werden.

B) Stellungnahme

Die Weitergabe von versichertenbezogenen Daten zwischen den Medizinischen Diensten stellt eine Datenübermittlung dar, die einer entsprechenden gesetzlichen Befugnis oder Einwilligung des Betroffenen bedarf. Die Rechtsvorschriften zur Datenübermittlung zwischen MDK, Krankenkassen und Leistungserbringern sind im SGB V geregelt. Eine explizite Regelung der Beziehung zwischen den MDK lag bisher nicht vor, weshalb die Auffassung vertreten werden konnte, dass einem MDK erst ein Begutachtungsauftrag vorliegen muss, damit er die Unterlagen vom zuvor beteiligten MDK abfordern und dieser die Daten auch übermitteln darf.

Die stringente Umsetzung dieser Rechtsauffassung in der Praxis hätte zu erheblichen Laufzeitverzögerungen, Fristüberschreitungen und erhöhtem Verwaltungsaufwand zum Nachteil der Versicherten geführt.

Vor diesem Hintergrund handelt es sich um eine sachgerechte gesetzliche Klarstellung, welche vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung (Vorschlag GKV-Spitzenverband)

In § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V soll gesetzlich klargestellt werden, dass das zum Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit maßgebliche Regelentgelt für die Krankengeldberechnung maßgebend bleibt.

B) Stellungnahme

Bei dem Regelungsvorschlag handelt es sich um eine ergänzende Änderung zu der im Änderungsantrag 3 vorgesehenen Neuregelung des § 240 Absatz 4a SGB V (vorläufige Beitragsfestsetzung bei hauptberuflich selbstständig Tätigen), sofern an diesem Vorhaben festgehalten wird. In der Begründung des Änderungsantrages wird ausgeführt, dass das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebliche Regelentgelt für die Krankengeldberechnung unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach § 240 Absatz 4a Satz 3 –neu– endgültig festzustellen ist. Dabei werde berücksichtigt, dass der Versicherte typischerweise zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf das Krankengeld angewiesen ist und die Bewilligung zeitnah zum Ausfall des zu ersetzenden Einkommens erfolgen muss. Durch dieses Abstellen auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit die Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis werde der Funktion des Krankengeldes, den Entgelersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen, Rechnung getragen. Eine Rückwirkung der veränderten Beitragshöhe auf die Höhe des Krankengeldes soll damit ausgeschlossen sein. Dies ist sachgerecht.

Die notwendige Rechtssicherheit wird jedoch durch die vorgenannten Hinweise lediglich in der Gesetzesbegründung zu § 240 SGB V n.F. nicht erreicht. Auslegungsfähig ist insoweit auch die in der Begründung zum Änderungsantrag vorgesehene Formulierung, dass „im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage ... abgestellt wird“. Die Begrifflichkeit „widerlegbare Vermutung“ soll offensichtlich in Anlehnung an das BSG-Urteil vom 14.12.2006 – B 1 KR 11-06 R – ausgelegt werden. Danach gilt, dass für die Berechnung des Krankengeldes aus Vereinfachungsgründen nicht die tatsächlichen Einkommensverhältnisse erhoben werden müssen, sondern vielmehr der Betrag angenommen werden darf, welcher der Beitragsberechnung zu Grunde gelegt wurde. Dies gilt demnach selbst dann, wenn sich nachträglich Abweichungen ergeben sollten. Unterschiedliche Interpretationen sind jedoch nicht ausgeschlossen, zumal auf die BSG-Rechtsprechung nicht Bezug genommen wird. Deshalb sollte die beabsichtigte Klarstellung durch eine entsprechende Ergänzung unmittelbar im Gesetzeswortlaut des § 47 SGB V vorgenommen werden, indem in § 47 Abs. 4 SGB V geregelt wird, dass Änderungen nach § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V unberücksichtigt bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In § 47 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „Änderungen nach § 240 Absatz 4a Satz 3 bleiben unberücksichtigt.“

Änderungsantrag 5

Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Nr. 18a

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „des Tages“ die Wörter „und, soweit für die Sicherstellung und Vergütung der Versorgung erforderlich, der Uhrzeit“ eingefügt.

Mit der Regelung werden die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Zahnärztinnen, Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen, soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung sowie für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen erforderlich ist, auch die Uhrzeit der Leistungserbringung zu übermitteln (Buchstabe a).

- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „des Tages“ die Wörter „und, soweit für die Sicherstellung und Vergütung der Versorgung erforderlich, der Uhrzeit“ eingefügt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, auch die Uhrzeit der Leistungserbringung zu übermitteln, soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung sowie für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen erforderlich ist (Buchstabe b).

B) Stellungnahme

Die Ergänzung der in § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 SGB V zu übermittelnden Daten um die Uhrzeit der Leistungserbringung ist sachgerecht und dient der Klarstellung, um die Krankenkassen in die Lage zu versetzen, die Abrechnung von Leistungen zu prüfen, für die gemäß des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen bzw. des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen die Angabe der Uhrzeit erforderlich ist.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM) beinhaltet über die Uhrzeitangabe hinaus weitere Regelungen zur Übermittlung abrechnungsbegründender Informationen.

Aus diesem Grund sollten die Änderungen in § 295 um eine allgemeine Regelung erweitert werden.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss für spezifische Leistungsbereiche (z.B. für Dialysewochen- und Dialyseeeinzelpauschalen) kassenübergreifend konzipierte Vergütungsregelungen vereinbart, die unmittelbare Auswirkungen auf die Bewertung der betreffenden Leistungen auf Ebene des Leistungserbringers nach § 95 Abs. 1 haben. Ein Nachweis der Auswirkungen dieser kassenübergreifend angewandten Regelungen auf Ebene des Leistungserbringers ist in der derzeit gültigen Vereinbarung zum Datenträgeraustausch (Anlage 6 des Bundesmantelvertrages) nicht vorgesehen. Den Krankenkassen wird im Formblatt 3 als zahlungsbegründete Unterlage lediglich die sich über alle Leistungserbringer für eine bestimmte Leistung bzw. für einen bestimmten Leistungsbereich aggregierte Vergütung ausgewiesen. Auch die sogenannten Einzelfallnachweise gemäß § 295 Abs. 2 geben keinerlei Aufschluss beispielsweise über die Höhe der ermittelten Abstaffellungen eines Leistungserbringers. Aufgrund der zurzeit fehlenden Möglichkeit einer adäquaten kassenübergreifenden Abbildung von Vergütungsregelungen auf Ebene des Leistungserbringers besteht für die Krankenkassen keine Transparenz und somit auch keine Möglichkeit zur Rechnungsprüfung.

Deshalb ist es nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes zwingend erforderlich, diese Regelungslücke zu schließen und eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, dass den Krankenkassen entsprechende (kassenübergreifende) Nachweise zur Verfügung gestellt werden, die Aufschluss über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommene Berechnung einzelner Vergütungsbestandteile auf Ebene der Leistungserbringer geben.

C) Änderungsvorschlag

Diese beabsichtigte Neuregelung sollte erweitert werden.

In Absatz 1 Satz Nummer 2 werden nach den Wörtern „der Behandlung“ die Wörter „sowie weitere Angaben, die gemäß des Bundesmantelvertrags oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Absatz 1 als Abrechnungsbegründung zu nennen sind“ eingefügt.

Diese beabsichtigte Neuregelung sollte erweitert werden.

In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „der Behandlung“ die Wörter „sowie weitere Angaben, die gemäß des Bundesmantelvertrags oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Absatz 1 als Abrechnungsbegründung zu nennen sind“ eingefügt.

Eine weitere Neuregelung sollte in § 87 ergänzt werden.

In § 87 Abs. 2 werden die neuen Sätze 4 und 5 aufgenommen: „4 Soweit die Bewertung bzw. die Abrechnung von Leistungen im Bewertungsmaßstab auf kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten basiert, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Abrechnungen mit den Krankenkassen die entsprechenden Nachweise zu erbringen. 5 Die Vertragsparteien nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere zu Format, Inhalt und Umfang der zusätzlich zu übermittelnden Informationen bis zum Ablauf von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.“

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 6.

Änderungsantrag 6

Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Artikel 1

Nummer 18b

§ 299 neu – Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 299 SGB V soll so geändert werden, dass Kassenärztliche Vereinigungen – und damit auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen – zukünftig Daten der Qualitätssicherung des G-BA einsehen dürfen. Dies ist zurzeit ausgeschlossen, da der § 299 SGB V zum Zwecke des Datenschutzes verbietet, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgehen. Es soll so die Möglichkeit ausgeschlossen werden, dass z.B. Mitarbeiter weitergehende personenbezogene Daten aus der Qualitätssicherung zu Patienten einsehen können, zu denen ihnen bereits Abrechnungsdaten vorliegen. Auch ist ein unbefugtes Zusammenführen von Daten zu verhindern.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Änderungen sind abzulehnen, denn sie schwächen den bisher hohen und wichtigen Schutz beim Umgang mit personenbezogenen Daten. Die Textänderung soll eine Dateneinsicht der Kassenärztlichen Vereinigungen neben der Datenannahme sogar für alle sonstigen Aufgaben zur Qualitätssicherung ermöglichen. In den Kassenärztlichen Vereinigungen liegen bereits für jeden Patienten die Abrechnungsinformationen vor, die auch Diagnosen umfassen. Kommen nun noch umfassende Datensätze zu Behandlungsergebnissen oder anderen personenbezogenen Daten hinzu, steigt das potentielle Missbrauchspotential inakzeptabel an. Ferner gibt es entgegen der Begründung zu dem Änderungsantrag keine Vorgaben oder Richtlinien des G-BA, die zwingend der Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne „notwendiger Strukturen“ zur Umsetzung der Qualitätssicherung bedürften. Alle Aufgaben wie die Datenannahme oder -prüfung sowie die Datenflüsse können fachlich von jeder anderen Stelle umgesetzt werden, so wie beispielsweise bei der stationären Qualitätssicherung. Die beabsichtigte Neuregelung sollte gestrichen werden. Die bestehenden Regelungen zum Datenschutz dürfen nicht aufgeweicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Änderungsantrag 7

Artikel 1a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 23c SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung zielt darauf ab, Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst von den beitragspflichtigen Einnahmen in der Sozialversicherung auszunehmen. Voraussetzung ist, dass die notärztliche Tätigkeit neben einer Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes, die einen regelmäßigen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich hat, oder neben einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt.

Die angesprochenen Tätigkeiten als Arzt oder Ärztin im notfallärztlichen Rettungsdienst stellen ganz eindeutig regelmäßig Beschäftigungsverhältnisse im Sinne der Sozialversicherung dar. In der Folge gehören die daraus erzielten Einnahmen zum regelmäßigen Arbeitsentgelt und mithin zu den beitragspflichtigen Einnahmen in der Sozialversicherung. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen insoweit ein Ausnahmetatbestand geschaffen werden soll.

Soweit darauf hingewiesen wird, dass nur auf diese Weise eine stabile notärztliche Versorgung sichergestellt werden kann, vermag der Ansatz, die dabei erzielten Arbeitsentgelte aus abhängiger Beschäftigung von den beitragspflichtigen Einnahmen auszunehmen, schon allein aus ordnungspolitischen Gründen nicht zu überzeugen; jedenfalls erscheint es wenig überzeugend, Grundprinzipien der Sozialversicherung auszublenden, um die Bereitschaft zur Teilnahme am notfallärztlichen Rettungsdienst zu fördern. Dies gilt auch im Hinblick auf die Gefahr einer präjudizierenden Wirkung; weitere bislang in die Solidargemeinschaften einbezogene Personengruppen könnten sich nachvollziehbar auf diese versorgungspolitisch motivierte Regelung berufen und gleichermaßen eine vergleichbare Sonderregelung einfordern.

Hinzu kommt, dass die vorgesehene Regelung durchaus Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet, zumal lediglich eine mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes ausreichen würde, um das Arbeitsentgelt aus der Hauptbeschäftigung (hier: die notärztliche Beschäftigung) vollständig aus der Beitragspflicht herauszulösen. Hier wären Beschränkungen vorzusehen, die dieser Gefahr der Verlagerung von Beschäftigungszeiten entgegenwirken.

Zur Sicherstellung der flächendeckenden notärztlichen Versorgung sollten zunächst vorrangig ursachenadäquate, regionale Lösungsoptionen ausgeschöpft werden.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Regelungen sind zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.11.2016
zum Entwurf (diesen Text nach Entsperrung eingeben)
Seite 25 von 25

Änderungsantrag 8

Artikel 1 Nr. 0 neu

§ 5 SGB V – Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner