

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0226.1

29.11.2016

Zu Artikel 1 Nummer 0a und 0b und Artikel 1c – neu (§§ 5, 24i SGB V, 20 SGB XI)

(Krankengeldanspruch zwischen
Ende Beschäftigung und ALG-Bezug)

Vor Artikel 1 Nummer 1 werden die folgenden Nummern 0a und 0b eingefügt:

0a. In § 5 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ die Wörter „oder Unterhaltsgeld“ gestrichen und nach dem Wort „Anspruch“ die Wörter „ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats“ durch die Wörter „wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder“ ersetzt.

0b. § 24i Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 Mutterschutzgesetz endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren.“

Nach Artikel 1b – neu – wird folgender Artikel 1c eingefügt:

‘Artikel 1c

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird nach dem Wort „beziehen“ das Komma und das Wort „auch“ durch die Wörter „oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch“ ersetzt und werden das Semikolon und die Wörter „ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen“ gestrichen.’

Begründung

Zu Artikel 1

Zu Nummer 0a

Mit der gesetzlichen Änderung wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld zwischen dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem Bezug von Arbeitslosengeld geschlossen, die in bestimmten Fallkonstellationen auftritt, wenn im Anschluss an ein Beschäftigungsverhältnis der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht und während des ersten Monats dieser Ruhenszeit Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Mit dem Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht wird erreicht, dass künftig bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Die Rechtsänderung führt zu keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit.

Die Aufzählung des Unterhaltsgeldes als vormalige Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung ist durch die Überführung zum 1. Januar 2005 in das Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Absatz 1 Nummer 2 des Dritten Buches) entbehrlich.

Zu Nummer 0b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) wurde mit Wirkung vom 23. Juli 2015 der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ausdrücklich auch auf diejenigen Frauen erstreckt, die zu Beginn der Mutterschutzfrist allein deshalb keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 157 des Dritten Buches wegen einer Urlaubsabgeltung oder nach § 159 des Dritten Buches wegen einer Sperrzeit ruht und eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nicht begründet werden kann (§ 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 2).

Mit der Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2 besteht für diese Frauen nun eine Pflichtversicherung, die einen Anspruch auf Krankengeld beinhaltet. Damit besteht nach § 24i Absatz 1 Satz 1 auch der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, so dass die Regelung des § 24i Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 obsolet ist. Infolge

dessen ist § 24i Absatz 1 Satz 2 mit dem Inhalt der verbleibenden Regelung des bisherigen § 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 neu zu fassen.

Zu Artikel 1c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummern 3a und 3b – neu (§§ 50, 51 SGB V)

(Anpassung Krankengeld an Flexi-Rentengesetz)

Nach Artikel 1 Nummer 3 werden die folgenden Nummern 3a und 3b eingefügt:

3a. Nach § 50 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ferner besteht rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld, wenn der Bescheid über die Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches rückwirkend aufgehoben wird.“

3b. Nach § 51 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherten, die eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“

Begründung

Zu Nummer 3a

Es handelt sich um eine Folgeregelung 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 neu geregelt. Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von Voll- in Teilrente oder von Teil- in Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wird eine Rente wegen Alters als Vollrente gezahlt, ist vom Beginn der Vollrente an der Krankengeldanspruch nach § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ausgeschlossen. Wird infolge des Überschreitens der Hin-

zuverdienstgrenze des neuen § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert oder entfällt der Altersrentenanspruch rückwirkend komplett, entsteht damit nach bisheriger Rechtslage auch rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld, und anstelle des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 wäre rückwirkend der allgemeine Beitragssatz nach § 241 zu entrichten.

Dies wäre mit einem erheblichen finanziellen und administrativen Aufwand für Versicherte, Krankenkassen und Arbeitgeber verbunden. Arbeitgeber müssten bereits abgeschlossene Entgeltabrechnungszeiträume nachträglich korrigieren. Versicherte wären einerseits (ebenso wie Arbeitgeber) mit Beitragsnachforderungen der Krankenkasse konfrontiert und müssten andererseits nachträglich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für teils weit in der Vergangenheit liegende Zeiträume vorlegen, um einen Krankengeldanspruch überhaupt realisieren zu können. Letzteres begegnet besonderen Schwierigkeiten, da über die gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Nachweispflichten nach § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes hinaus wegen § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 der Krankenkasse keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorzulegen waren. Insoweit können Lücken im Nachweis einer durchgängig bestandenen Arbeitsunfähigkeit bestehen, die das Krankengeld mindern oder ausschließen.

In typisierender Betrachtung ist festzustellen, dass ein eventueller nachträglicher Krankengeldanspruch, der ohnehin nur in einer geringen Zahl von Fällen entstehen und aufgrund der Dokumentationsanforderungen in noch weniger Fällen zu realisieren sein dürfte, die erhebliche Belastung nicht rechtfertigt, die mit einer Rückwirkung für die Gesamtheit der Betroffenen einherginge.

Um diese nachträgliche Belastung der Versicherten zu vermeiden, wird geregelt, dass bei einer rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente wegen Alters wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld und in der Folge auch keine Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz entsteht. Damit werden die dargestellten, mit einem rückwirkenden Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters, sowie die mit einem rückwirkenden Entfall des Altersrentenanspruchs einhergehenden Probleme vermieden.

Der Anspruchsausschluss nach dem neuen § 50 Absatz 1 Satz 2 wirkt für die Vergangenheit. Nach dem Ende der Vollrente entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist (§ 50 Absatz 1 Satz 4 in der bisher geltenden Fassung). Liegt eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vor und entfällt die verdrängende (Renten-)Leistung, lebt der Anspruch auf Krankengeld unter den Voraussetzungen des § 48 wieder auf (BSG, Urteil vom 29. September 1998 – B 1 KR 5/97 R; Brinkhoff in Schlegel/Voelzke juris PK-SGB V, 3. Aufl. 2016, zu § 50 Rn. 29).

Zu Nummer 3b

Es handelt sich um eine weitere Folgeregelung zum Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Rentengesetz).

Wird eine Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Ist entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten worden, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert. Damit entfällt ebenso rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Krankengeld.

Ist neben der Teilrente eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, wegen der von der Krankenkasse Krankengeld zu gewähren ist, ergibt sich aufgrund des mit dem rückwirkend eingetretenen Vollrentenanspruch ebenfalls rückwirkend entfallenden Krankengeldanspruchs für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente überschießende Krankengeldbetrag verbleibt jedoch bei den Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Absatz 1 Satz 2 a.F.).

Die Regelung berücksichtigt diese Rahmenbedingungen und knüpft an die Regelung des neuen § 34 Absatz 3e SGB VI an. Danach hat der Rentenversicherungsträger bei Hinzuverdienständerungen auf Antrag der Versicherten auch unterjährig eine neue Prognoseentscheidung zu treffen. Im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung können Krankenkassen anhand der bei ihnen vorhandenen Daten (im Zusammenhang mit der Krankengeldberechnung vom Arbeitgeber gemeldetes Arbeitsentgelt, Dauer der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise des Krankengeldbezuges) Versicherte zur Stellung eines Antrages nach dem neuen § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern, wenn selbst im Falle der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der verbleibenden Zeit des Kalenderjahres mit dem durchschnittlichen Hinzuverdienst des laufenden Kalenderjahres die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI voraussichtlich nicht mehr überschritten wird. Dadurch können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummern 16a bis 16c – neu (§§ 231, 240, 243 SGB V) sowie
Artikel 1f (§ 2 RSAV), Artikel 2 (§§ 40, 46 KVLG) und Artikel 3 (Inkrafttreten)

(Beitragsbemessung Selbständige)

Nach Artikel 1 Nummer 16 werden die folgenden Nummern 16a bis 16c eingefügt:

16a. Dem § 231 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Weist ein Mitglied, dessen Beiträge nach § 240 Absatz 4a Satz 6 festgesetzt wurden, innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres beitragspflichtige Einnahmen nach, die für den Kalendertag unterhalb eines Dreißigstels der Beitragsbemessungsgrenze liegen, werden dem Mitglied die Beiträge durch die Krankenkasse erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, die die beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne von § 240 überschritten haben.“

16b. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Voraussetzungen für eine Beitragsberechnung nach Satz 3 und 4 sind bis zur endgültigen Beitragsfestsetzung gemäß Absatz 4a Satz 3 nachzuweisen.“

bb) Der bisherige Satz 6 wird gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) ¹Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die

Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz gilt entsprechend. ²Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. ³Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheids endgültig festgesetzt. ⁴Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. ⁵Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1 und 3 bis 4 entsprechend. ⁶Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn aufgrund des zuletzt vorliegenden Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden.“

c) Der bisherige Absatz 4a wird Absatz 4b.

16c. In § 243 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 4b“ ersetzt.‘

Nach Artikel 1e – neu – wird folgender Artikel 1f eingefügt:

‘Artikel 1f

Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

In § 2 Absatz 5 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, zuletzt geändert durch ..., wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 4b“ ersetzt.‘

Artikel 2 wird wie folgt gefasst:

‘Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 40 Absatz 5a Satz 1 werden die Wörter „das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „der sich aus § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Wert“ ersetzt.
2. § 46 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1, 2. Halbsatz werden die Wörter „der Maßgabe anzuwenden, dass“ durch die Wörter „den Maßgaben anzuwenden, dass Absatz 4a nicht angewendet wird und“ ersetzt.
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Satzung kann vorsehen, dass Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.“

Dem Artikel 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Artikel 1 Nummer 16a bis 16c und Artikel 1f treten am 1. Januar 2018 in Kraft.“

Begründung

Zu Artikel 1

Zu Nummer 16a (§ 231)

Die Regelung ergänzt die im neuen § 240 Absatz 4a vorgesehenen Regelungen. § 231 Absatz 3 gewährt dem Mitglied, das Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrundlage gezahlt hat, einen Erstattungsanspruch, wenn es innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres beitragspflichtige Einnahmen nachweist, die unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Die Erstattung beschränkt sich auf die Beträge, die die nach den allgemeinen Regeln der Beitragsbemessung zu ermittelnden tatsächlich beitragspflichtigen Einnahmen überschritten haben. Dabei sind auch die geltenden Mindestbemessungsgrundlagen anzuwenden.

Durch den Erstattungsanspruch wird sichergestellt, dass das Mitglied auch bei Zahlung der Höchstbeiträge einen Anspruch auf Beitragserstattungen hat, sofern seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht wie angenommen die Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 überschritten haben.

Zu Nummer 16b (§ 240)

Durch die Neuregelung der neuen Absätze 4 und 4a des § 240 wird sichergestellt, dass das bei Selbständigen der Beitragsbemessung zugrunde zulegende Arbeitseinkommen den tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Kalenderjahres entspricht und Einnahmeschwankungen vollständig berücksichtigt werden. Zukünftig ist die Beitragsbemessung weder durch Bearbeitungszeiten bei der zuständigen Finanzbehörde noch durch eine verzögerte Abgabe von Einkommensteuererklärungen beeinflussbar.

Die bisherige Regelung gemäß § 240 Absatz 4 Satz 6 sah vor, dass Änderungen der Beitragsbemessung ausschließlich für die Zukunft wirksam werden, d. h. frühestens ab dem auf die Ausstellung des Einkommensteuerbescheids folgenden Monat. Nach den Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen war bislang nur für hauptberuflich selbständige Existenzgründer und bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung eine vorläufige Beitragseinstufung vorgesehen.

Durch die Neuregelungen werden die von Mitgliedern zu zahlenden Beiträge aus Arbeitseinkommen zunächst vorläufig festgesetzt und die endgültige Beitragsfestsetzung rückwirkend entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen vorgenommen. Gleiches gilt für die über den Einkommensteuerbescheid nachzuweisenden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt wie bisher nach Absatz 1 Satz 1 und 2 die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige kann dazu zum Beispiel die Beitragsbemessung bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung gehören. Auch die Regelung, wonach bei Nichtvorlage von Nachweisen über die beitragspflichtigen Einnahmen für alle freiwillig versicherten Mitglieder der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag gilt, bleibt bestehen.

Im Hinblick auf das im Zusammenhang mit einer nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegebenen Wahlerklärung bei Arbeitsunfähigkeit zu berechnende Krankengeld ergeben sich durch die Neuregelungen keine Änderungen. Für die Berechnung des Krankengeldes für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt nach § 47 Absatz 4 Satz 2 als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Damit ist das

Regelentgelt, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Krankengeldberechnung maßgeblich war, unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach dem neuen § 240 Absatz 4a Satz 3 endgültig festzustellen. Dabei wird 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. Dem wird Rechnung getragen, wenn als Regelentgelt im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit auf diejenigen Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis abgestellt wird, die anhand einfach festzustellender Tatsachen rasch und verwaltungspraktikabel ermittelt werden können. Dies trägt der Funktion des Krankengeldes Rechnung, den Entgeltersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 Satz 5 stellt klar, dass Absatz 4a auch im Falle der Beitragsfestsetzung im Rahmen der Härtefallregelung nach Satz 3 und 4 für hauptberuflich Selbständige Anwendung findet. Hauptberuflich Selbständige können somit gemäß dem neuen Satz 5 die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße nicht nur für die Zukunft, sondern auch im Rahmen der endgültigen Beitragsberechnung rückwirkend für das jeweilige Kalenderjahr unter Vorlage entsprechender Nachweise beantragen.

Zum neuen Absatz 4a:

Absatz 4a schafft ein möglichst verwaltungseinfaches System der Einkommensfeststellung für alle beitragspflichtigen Einnahmen, die typischerweise erheblichen Schwankungen unterliegen und deren Höhe erst nachträglich über den Einkommensteuerbescheid endgültig festgestellt wird.

Zu Satz 1 und 2:

Erzielt das Mitglied allein oder neben anderen beitragspflichtigen Einnahmen Arbeitseinkommen, erfolgt die Festsetzung der Beiträge zunächst vorläufig. Die Vorläufigkeit der Beitragsfestsetzung erstreckt sich insbesondere auf das Arbeitseinkommen und Vermietung und Verpachtung (Satz 5). Die vorläufigen Beiträge werden auf Grundlage des zuletzt ausgestellten Einkommensteuerbescheids festgesetzt, sofern eine Veranlagung zur Einkommensteuer bereits erfolgt ist.

Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt.

Reicht das Mitglied Nachweise auf Verlangen der Krankenkasse nicht ein, werden die vorläufigen Beiträge von freiwillig versicherten selbständig erwerbstätigen Mitgliedern für die Zukunft entsprechend Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Dies stellt sicher, dass den Krankenkassen unverändert ein Sanktionierungsinstrument zur Verfügung steht, sofern das Mitglied seinen Mitwirkungspflichten nach § 206 nicht nachkommt. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung

sind diese Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen kommt.

Zu Satz 3:

Mit Vorlage des Einkommensteuerbescheids sind die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, endgültig festzusetzen. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung sind diese Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen oder Nacherhebungen von Beiträgen kommen kann. Zugleich sind die vorläufigen Beiträge für die Zukunft auf Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides neu festzusetzen. Auf diese Weise wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen möglichst gering gehalten, da die ermittelte Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen auf Grundlage des eingereichten Einkommensteuerbescheides sowohl für die rückwirkende endgültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid die tatsächlichen Einkünfte nachweist, als auch für die vorläufige Beitragsfestsetzung für die Zukunft maßgebend ist.

Zu Satz 4:

Hinsichtlich der endgültigen Beitragsfestsetzung wird geregelt, dass die Beiträge selbständig erwerbstätiger Mitglieder für das jeweilige Kalenderjahr endgültig auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt werden, wenn das Mitglied seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nachweist. Die endgültige Beitragsberechnung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze ist ausschließlich für das Kalenderjahr vorzunehmen, für das die Nachweise nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf eingereicht wurden. Die vorläufige Beitragsberechnung für die darauffolgenden Kalenderjahre bleibt solange bestehen, bis auch für diese Jahre die Dreijahresfrist abgelaufen ist.

Zu Satz 5:

Das neu eingeführte Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung für Beiträge aus dem Arbeitseinkommen wird auf die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung übertragen, weil insbesondere auch diese Einnahmen nachträglich über den aktuellen Einkommensteuerbescheid nachzuweisen sind. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob das Mitglied daneben ein beitragspflichtiges Arbeitseinkommen erzielt.

Zu Satz 6:

Die Beiträge für Mitglieder, deren letzter der Krankenkasse vorliegender Einkommensteuerbescheid Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ausweist oder die erklären, dass sie über Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verfügen, werden auch für die Zukunft auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze endgültig berechnet.

Dies dient der Vermeidung unnötigen zusätzlichen Verwaltungsaufwands: Für Mitglieder, die bereits für ein gesamtes Kalenderjahr Höchstbeiträge geleistet haben und die diese auch weiterhin zu zahlen haben

oder zahlen wollen, muss – wie bisher – kein erneuter Beitragsbescheid mit der endgültigen aber unveränderten Beitragshöhe erlassen werden. Zugleich werden unnötige Prüfungen weiterer Einkommenssteuerbescheide entbehrlich.

Für den Fall, dass dennoch Änderungen in den Einkommensverhältnissen des Mitglieds eintreten, die zu niedrigeren Beiträgen geführt hätten, steht ihm gemäß § 231 Absatz 3 – neu – ein Erstattungsanspruch für den Fall des Nachweises niedrigerer beitragspflichtiger Einnahmen zu. Das Mitglied wird dadurch Mitgliedern mit Einkünften unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gleichgestellt.

Zu Nummer 16c (§ 243)

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung angepasste Verweisungsregelung.

Zu Artikel 1f

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung angepasste Verweisungsregelung.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1

Die Änderung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung soll das bisherige Verfahren zur Beitragsbemessung für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder beibehalten werden. Die bisherige Beitragsbemessung enthält Besonderheiten, die sich bewährt haben und für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder nicht zu Nachteilen führen. Anders als die Neuregelung des neuen § 240 Absatz 4a des Fünften Buches, die ein möglichst verwaltungseffizientes und praktikables Beitragsbemessungssystem schaffen soll, würde eine vergleichbare Regelung für die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu einem deutlich verwaltungsaufwändigeren Verfahren führen.

Zu Artikel 3

Um den Krankenkassen ausreichenden Vorlauf für die technische Umsetzung zu geben, sollen die Änderungen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten. Vorläufige Beitragsfestsetzungen würden somit für alle Betroffenen einheitlich erstmals für das Kalenderjahr 2018 erfolgen.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 16f – neu (§ 276 SGB V)

(Rechtsgrundlage für die Übermittlung
von Sozialdaten zwischen den MDK)

Nach Artikel 1 Nummer 16e – neu – wird folgende Nummer 16f eingefügt:

‘16f. In § 276 Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „erheben und speichern“ die Wörter „sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln“ eingefügt.’

Begründung

Im Rahmen der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kann es in bestimmten Situationen erforderlich werden, dass von einem MDK rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten an einen anderen MDK übermittelt werden müssen, um bei einem Wechsel der Zuständigkeit für einen Auftrag dessen Bearbeitung zu ermöglichen. Mit der Ergänzung des Satzes 1 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den MDK geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Übermittlung der Sozialdaten zwischen den MDK ist, dass diese für die Prüfungen, Beratungen und gutachtliche Stellungnahmen des MDK im Rahmen seiner Zuständigkeit erforderlich sind.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 18a – neu (§ 295 SGB V)

(Uhrzeitangaben zu vertragsärztlichen Leistungen
in EBM/BEMA-Abrechnungen)

Nach Artikel 1 Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

‘18a. § 295 wird wie folgt geändert:

- 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.
- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Tag“ die Wörter „und, soweit für die Sicherstellung und Vergütung der Versorgung erforderlich, die Uhrzeit“ eingefügt.’

Begründung

Zu Buchstabe a

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. Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen können als Abrechnungsbegründung bei der Abrechnung von Notfalleleistungen, von mehr als einem Besuch oder Visite an demselben Tag sowie bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden, erforderlich sein. In der zahnärztlichen Versorgung ist die Uhrzeit ebenfalls Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen bzw. Zuschläge. Insgesamt handelt es sich aber nur um sehr wenige Gebührenordnungspositionen, bei deren Abrechnung die Angabe der Uhrzeit für die genannten Aufgaben relevant sein kann.

In welchen Fällen die Angabe der Uhrzeit erforderlich ist, ergibt sich aus dem Inhalt der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen, die durch den jeweiligen Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sowie im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen durch Beschlussfassung bestimmt werden. Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse sind zusammen mit den entscheidungserheblichen Gründen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG kann die Beschlüsse im Rahmen der Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten bestanden (§ 87).

Zu Buchstabe b

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhobenen Daten sind an die Krankenkassen weiterzugeben, sofern sie sie für die Durchführung ihres Prüfauftrages nach § 106a Absatz 3 benötigen. Die Bewertung der Leistungen, bei denen die Uhrzeit anzugeben ist, unterscheidet sich nicht aufgrund von unterschiedlichen Leistungsinhalten, sondern aufgrund der Uhrzeit der Leistungserbringung. Daher müssen auch die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, die Abrechnung zu prüfen, da die von ihnen zu zahlenden Anteile am zu vergütenden Behandlungsbedarf sich jeweils nach den für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen richten. Für eine zur falschen Uhrzeit abgerechnete Leistung besteht auch keine Leistungspflicht der Krankenkasse im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das die Rolle der Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung deutlich gestärkt hat. Die Weitergabe der Uhrzeit ist zudem erforderlich, um die Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen durchführen zu können (Feststellung von Auffälligkeiten zum Beispiel durch eine außergewöhnliche Häufung der Abrechnung von uhrzeitabhängigen Leistungen).

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 18b – neu (§ 299 SGB V)

(Datenschutz im Rahmen
der Qualitätssicherung)

Nach Artikel 1 Nummer 18a – neu – wird folgende Nummer 18b eingefügt:

‘18b. In § 299 Absatz 1 Satz 7 werden nach der Angabe „§ 135b Absatz 2“ die Wörter „sowie die für die Durchführung der Aufgaben einer Datenannahmestelle oder sonstiger Aufgaben zur Qualitätssicherung aus Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1“ und nach den Wörtern „erforderlichen Daten“ die Wörter „, eine über die in diesen Richtlinien festgelegte Zwecke hinausgehende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten, insbesondere eine Verknüpfung mit anderen Daten ist unzulässig“ eingefügt.’

Begründung

Soweit Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 mit der Wahrnehmung der Aufgabe einer Datenannahmestelle für Daten der Qualitätssicherung beauftragt werden, wird ihnen durch die Neuregelung die Einsichtnahme in diese Daten ermöglicht.

Zu den Aufgaben einer Datenannahmestelle gehört die Prüfung der übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die Unterstützung der datenübermittelnden Ärztinnen und Ärzte bei möglichen Fehlermeldungen. Die Einsichtnahme in übermittelten Daten ist Voraussetzung für eine solche ordnungsgemäße Datenprüfung vor der Weiterleitung der Daten an die Vertrauensstelle. Zur Umsetzung von datengestützten Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung könnte der Gemeinsame Bundesausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen Bundesausschuss künftig weitere Aufgaben übertragen. Diskutiert wird z. B. über die Einrichtung von Webportalen für Einrichtungsbefragungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Erweiterung der Ausnahme vom Verbot der Einsichtnahme in Qualitätssicherungsdaten wird deshalb auch auf solche sonstigen Aufgaben erstreckt, die den Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtlinien zur Qualitätssicherung zugewiesen werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird vorgegeben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen in ihrer Funktion insbesondere als Datenannahmestellen übermittelten Daten nur für Zwecke der Qualitätssicherung, d. h. nur für die in den Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Dies bedeutet, dass sie sich auch nicht mit anderen Daten, wie z.B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Abrechnungsdaten verknüpfen dürfen.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1a und 1b – neu (§ 23c SGB IV und §§ 2, 135 SGB VII)

(Notärztliche Versorgung
im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Nach Artikel 1 werden die folgenden Artikel 1a und 1b eingefügt:

‘Artikel 1a

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 23c¹ des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben

1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder
2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden.“

Artikel 1b

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

¹ § 23c SGB IV wird durch das 6. SGB IV-Änderungsgesetz geändert. Diese Änderung tritt zum 01.01.2017 in Kraft. Der Änderungsbefehl setzt auf diese zukünftige Fassung auf.

1. Nach § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d eingefügt:

- „d) Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst ausüben, wenn diese Tätigkeiten neben
1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder
 2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden,“

2. Nach § 135 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

- „(4a) Die Versicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe d geht der Versicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 9 vor.““

Begründung

Zu Artikel 1a

Die Notarztversorgung in Deutschland erfolgt weit überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte, die diese zusätzlich zu ihrer Haupttätigkeit übernehmen. Angesichts einer steigenden Anzahl von Notarzteinsätzen nimmt der Bedarf an geeigneten Notärztinnen und Notärzten im Rettungsdienst zu. Gerade in ländlichen Regionen steht die Notarztversorgung deshalb vor besonderen Herausforderungen. Die notwendige Versorgung kann ohne Ärztinnen und Ärzte, die zusätzlich zu ihrer Haupttätigkeit notärztliche Dienste im Rettungsdienst übernehmen, vor Ort nicht anderweitig sichergestellt werden.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung ist im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten in Akutsituationen notwendig. Mit der Neuregelung wird dieses zusätzliche Engagement von Ärztinnen und Ärzten erleichtert.

Die Regelung beschränkt sich auf Ärztinnen und Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst neben einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben. Ferner gilt sie für zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die eine Privatpraxis betreiben, in Bezug auf ihre zusätzliche notärztliche Tätigkeit.

Zu Artikel 1b

Zu Nummer 1 (§ 2)

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit der Änderung des § 23c SGB IV. Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz für Personen, die eine Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt zusätzlich zu ihrer Haupttätigkeit ausüben, wird in einem Versicherungstatbestand zusammengefasst. Durch diese einheitliche Regelung wird der Versicherungsschutz für diese Personen sichergestellt.

Der Unfallversicherungsschutz von sonstigen notärztlichen Tätigkeiten bestimmt sich nach den allgemeinen Regeln.

Zuständigkeit und Beitragserhebung richten sich nach den allgemeinen Vorschriften. Zuständig ist der Unfallversicherungsträger des jeweiligen Unternehmens, für das die Notärztin oder der Notarzt tätig wird. Diese Unternehmen sind nach § 150 Absatz 1 Satz 1 auch für alle nach der neuen Vorschrift Versicherten beitragspflichtig.

Zu Nummer 2 (§ 135)

Folgeänderung zu Nummer 1. Da es sich bei dem neu geschaffenen § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe d um eine Spezialvorschrift handelt, die den Versicherungsschutz für zusätzlich tätige Notärztinnen und Notärzte zusammenfasst, ist diese zugleich vorrangig gegenüber der allgemeinen Regelung des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 9.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drs. 18/10186

Zu Artikel 1 Nummer 0 – neu (§ 5 SGB V)

(Anrechnung von Kindererziehungszeiten
auf die Krankenversicherung der Rentner)

Dem Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. Dem § 5 Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit stehen für jedes Kind drei Jahre der Erziehung gleich; die Erziehungszeit ist einem Elternteil zuzuordnen.“ ‘

Begründung:

Personen mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente haben Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR), wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums (Vorversicherungszeit) selbst Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder familienversichert waren. Ehepartner, die die Erwerbstätigkeit wegen der Betreuung der Kinder unterbrechen, sind in der Regel in der GKV beitragsfrei familienversichert, wenn der andere Ehepartner Mitglied der GKV ist. Die Zeiten der Familienversicherung werden dann auf die Vorversicherungszeiten für die KVdR angerechnet.

Ist der andere Ehepartner nicht Mitglied der GKV, weil er / sie z. B. Beamter / Beamtin ist und damit über seinen Beihilfeanspruch und eine ergänzende private Krankenversicherung (PKV) abgesichert ist, besteht keine Möglichkeit einer beitragsfreien Familienversicherung. Es besteht für den die Erwerbstätigkeit unterbrechenden Ehepartner bei vorheriger Versicherung in der GKV dann nur die Möglichkeit, die Versicherung in der GKV im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft fortzusetzen und darüber auch anrechenbare Zeiten für die KVdR zu erhalten. Für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV sind eigene Beiträge zu entrichten.

Dies kann eine Benachteiligung von Müttern oder Vätern darstellen, die ihre Beschäftigung für die Kindererziehung zeitweise unterbrechen und deren Ehepartner nicht in der GKV versichert ist.

Mit der gesetzlichen Regelung werden pauschal drei Jahre für jedes Kind den Mitgliedszeiten in der GKV, die zum Zugang zur KVdR notwendig sind, gleichgestellt. Haben mehrere Elternteile das Kind gemeinsam erzogen, wird diese Zeit nur einem Elternteil zugeordnet. Dazu ist eine übereinstimmende Erklärung der Eltern abzugeben.