

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 38)

(Pflegegeld für behinderte Menschen)

Dem Wortlaut von Nummer 12 wird folgender Satz angefügt:

„Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.“

Begründung

Bis zum Jahre 2011 erhielten Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) für die Tage häuslicher Pflege, also insbesondere für Wochenenden und Ferien, an denen sie zuhause in ihren Familien gepflegt werden, für jeden Tag den 30. Teil des monatlichen Pflegegeldbetrages; die Regelung des § 38 (Kombinationsleistung) wurde auf den Sachverhalt nicht angewandt. Aufgrund einer neuen Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung wird in der überwiegenden Praxis das Pflegegeld nunmehr in Anwendung der Regelung nach § 38 gekürzt. Dies ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen schwer verständlich und es sollte daher die ursprüngliche Verfahrenspraxis der Pflegekassen durch eine klare gesetzliche Regelung wiederhergestellt werden. Hierfür sprechen im Einzelnen folgende Gründe:

Bis zur Einführung des § 43a mit dem Ersten SGB XI-Änderungsgesetz zum 25. Juni 1996 konnten die Betroffenen ungekürztes Pflegegeld für die Tage häuslicher Pflege beziehen; die Frage einer Anrechnung des Zuschusses nach § 43a konnte sich damals noch nicht stellen.

Es ist schwer nachzuvollziehen, dass an Tagen, an denen die Pflege in der Familie des behinderten Menschen erfolgt, das Pflegegeld für diesen Tag nur gekürzt gewährt wird, und noch schwerer nachvollziehbar ist, wenn in einem Ferienmonat, in dem ein behinderter Mensch zuhause in seiner Familie 30 oder 31 Tage gepflegt wird, nicht das volle Pflegegeld gewährt wird, obwohl die Familie während des ganzen Monats nicht durch ambulante Pflegesachleistungen oder stationäre Pflege entlastet wird.

Die Kürzung des Pflegegeldes unter Hinweis auf § 38 soll mit der Regelung nun verhindert werden. Dadurch wird dem Ziel Rechnung getragen, dass familiäre Pflege zukünftig weiter gestärkt und der Kontakt des behinderten Menschen mit seiner Familie im bisherigen Umfang unterstützt wird.

Im Vergleich zur Praxis bis zum Jahre 2011 führt die gesetzliche Klarstellung nicht zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die Minderausgaben, die sich mit der Fortführung der aktuellen Praxis der Pflegekassen realisieren würden und durch die gesetzliche Klarstellung ausbleiben werden, belaufen sich auf unter 10 Mio. Euro jährlich.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-
Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

BT-Drs. 17/9369

Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 113)

(Ergebnisqualität im stationären Bereich)

Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats“ eingefügt.

bb) In Satz 4 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt, in Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt und folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung zum Änderungsbefehl des Kabinettdarfs.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird gesetzlich verankert, dass die Vereinbarungspartner in den Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität vereinbaren, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht. Dabei sind insbesondere Inhalt, Umfang einer einheitlichen Erhebung von Daten im Rahmen dieses Verfahrens und die Schrittfolge einer Umsetzung zu vereinbaren; dies kann auch die Möglichkeit von Pilotstudien beinhalten. Die durch diese Regelung ausgelöste Weiterentwicklung des medizinisch-pflegefachlichen Fortschritts soll schnellstmöglich zu einer Anwendung in der Prüfpraxis nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114a Absatz 7 führen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für ihre Bewohner nicht nur ein Aufenthaltsort, sondern ihr Lebensmittelpunkt. Deshalb ist es vordringliche Aufgabe des internen Qualitätsmanagements, eine hohe Versorgungsqualität für die pflegebedürftigen Heimbewohner zu gewährleisten. Eine strukturierte Erfassung und Beurteilung von Indikatoren der Ergebnisqualität ist ein wesentliches Instrument, um die Pflegequalität ausreichend zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Effektivität der drei Säulen der Qualitätsentwicklung – internes Qualitätsmanagement, externe Prüfungen und Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen – wird entscheidend durch die kontinuierliche Messung und verlässliche Darstellung der Ergebnisqualität bestimmt.

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sind auf wissenschaftlicher Grundlage Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe entwickelt und veröffentlicht worden. Kern ist ein Qualitätsberichtssystem für Ergebnis- und Lebensqualität, das sowohl im internen Qualitätsmanagement angewendet werden als auch Grundlage für externe Prüfungen sein kann. Um Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen umfassend abbilden zu können, reichen nach den Ergebnissen des Forschungsprojektes die Stichproben, die derzeit von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung im Rahmen der externen Überprüfung erfasst werden, nicht aus; vielmehr müssen alle Bewohner einer Einrichtung einbezogen werden. Eine umfassende Beurteilung ist nur mit Hilfe von Daten möglich, die von den Einrichtungen zu vorgegebenen

Zeitpunkten in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel alle sechs Monate) selbst erfasst und bereitgestellt werden.

Mit der Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements ist eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und Prüfungsgeschehen erforderlich, denn die Indikatoren und die Gewinnung von bewertbaren Informationen hierzu sind in den gegenwärtigen Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nicht einfach integrierbar. Da mit einer indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität eine neue Stufe der Qualitätsbeurteilung und -berichterstattung beschritten wird, ist vor Einführung und Umsetzung eine ausreichende Phase der Vorbereitung einzukalkulieren.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-
Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 1 Nummer 43 (§ 114a)

(Berücksichtigung von Befragungen bei
Qualitätsprüfungen)

Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

,c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen.“

bb) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.“

Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa

Insbesondere bei der Prüfung von Qualitätskriterien mit Personenbezug ist es wichtig, etwaige Diskrepanzen beziehungsweise Übereinstimmungen zwischen der Pflegedokumentation und der Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes der Heimbewohner beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen systematisch zu klären. Die aus der Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen, den Pflegedokumentationen und den Befragungen der Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen und Dienste, der Heimbewohner/innen beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sowie der vertretungsberechtigten Personen sollen dazu in einem situationsgerechten angemessenen Verhältnis zueinander gesetzt und beachtet werden. Zweck der Erhebung von Daten aus unterschiedlichen Quellen beziehungsweise verschiedenartiger Informationen ist es, die jeweiligen Vorteile der verschiedenen Ergebnisse und Quellen für einen möglichst breiten Erkenntnisgewinn zu nutzen. Damit kann vermieden werden, dass eine Informationsquelle, wie etwa die Pflegedokumentation, einseitig die Wahrnehmung der Pflegequalität vorgibt und das Ergebnis der Qualitätsprüfung bestimmt. In der Weiterentwicklung und Anwendung der Qualitätsprüfungsrichtlinien nach §114a sowie bei den Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a soll dieses Vorgehen berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung unter Beibehaltung des Textes des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe c.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3 (SGB V)

(Leistungen bei Schwangerschaft und
Mutterschaft)

Artikel 3 wird wie folgt geändert:

1. Der Nummer 1 wird folgende Nummer 0a vorangestellt:

,0a. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),“.

b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40),“ die Wörter „der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24d bis 24h),“ eingefügt.'

2. Nach Nummer 0a – neu - wird folgende Nummer 0b eingefügt:

,0b. Dem § 16 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.“

3. Nach Nummer 0b – neu - wird folgende Nummer 0c eingefügt:

,0c. In § 17 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „erkranken“ die Wörter „oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind“ eingefügt und werden die Wörter „und nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung“ gestrichen.'

4. Nach Nummer 0c – neu - wird folgende Nummer 0d eingefügt:

,0d. Im dritten Kapitel werden der Überschrift des Dritten Abschnitts die Wörter „sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ angefügt.'

5. Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. Nach § 24b werden die folgenden §§ 24c bis 24i eingefügt:

„24c Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe. Sofern nach der Entbindung kein Anspruch auf Hebammenhilfe nach Satz 1 besteht, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen. Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.

§ 24e Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach §§ 31 bis 33 geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4 keine Anwendung.

§ 24f Entbindung

Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 24g Häusliche Pflege

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 24h Haushaltshilfe

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 24i Mutterschaftsgeld

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld.

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes nach Maßgabe von § 9 Absatz 3 des Mutterschutzgesetzes aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit,

Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Mutterschutzfristen vor oder nach der Geburt beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt. Übersteigt das Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Wird bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen der Zeitraum von sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung verkürzt, so verlängert sich die Bezugsdauer um den Zeitraum, der vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Bei Geburten nach dem mutmaßlichen Tag der Entbindung verlängert sich die Bezugsdauer bis zum Tag der Entbindung entsprechend.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt."

6. Nach Nummer 1a - neu - wird folgende Nummer 1b eingefügt:

,1b. In § 28 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „§ 196 Absatz 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Absatz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte" durch die Angabe „§ 24d " ersetzt.'

7. Nach Nummer 1b – neu – wird folgende Nummer 1c – neu - eingefügt:

,1c. Nach § 33 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztli-

che Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben."

8. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

,2a. In § 63 Absatz 2 wird das Wort "sowie" durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenbehandlung" die Wörter „sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft" eingefügt.'

9. Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt:

,7. § 132a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ und das Wort „abgeben“ durch das Wort „abzugeben“ ersetzt und es werden die Wörter "gemeinsam und einheitlich" gestrichen.

b) In Satz 4 Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, in Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort "und" ersetzt und folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.“

c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.“

10. Nach Nummer 7 - neu - werden folgende Nummern 8 und 9 eingefügt:

8. § 134a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“ durch die Wörter „Qualität der Hebammenhilfe“ ersetzt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Qualität der Hebammenhilfe getroffen werden, sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwändige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“

9. § 301a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Entbindungspfleger“ durch die Wörter „der von ihnen geleiteten Einrichtungen“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Entbindungspfleger“ durch die Wörter „von Hebammen geleitete Einrichtungen“ ersetzt.

bbb) In Nummer 6 werden die Wörter „oder der Entbindungspfleger seine“ und „oder des Entbindungspflegers“ jeweils gestrichen.

bb) Dem Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„§ 134a Absatz 5 gilt entsprechend.“

Begründung:

Zu Nummer 0a (§ 11 Leistungsarten)

Zu Buchstabe a

§ 11 Absatz 1 enthält eine Auflistung der Vorschriften, nach denen die Versicherten Anspruch auf Leistungen haben. In Nummer 1 werden die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den neuen, aus der Reichsversicherungsordnung überführten §§ 24c bis 24i SGB V aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen im Bereich der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24d bis 24h) zusätzliche Satzungsleistungen anbieten können. Die Möglichkeit bezieht sich ausdrücklich nur auf die von Hebammen erbrachten Leistungen und damit ausdrücklich nicht auf ärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind durch die Regelung des § 11 Absatz 6 die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite gestärkt worden. Zu diesem Zweck sind die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen in bestimmten Bereichen ausgeweitet worden. Dabei ging es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung allen ihren Versicherten gewähren kann. Dies galt bisher für folgende Leistungsbereiche: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie nicht zugelassene Leistungserbringer. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln.

Zu Nummer 0b (§ 16 Kein Ruhen der Leistungen beim Anspruch auf Mutterschaftsgeld)

§ 16 Absatz 1 enthält verschiedene Ruhestatbestände für Leistungsansprüche nach dem SGB V (z. B. bei einem Auslandsaufenthalt oder bei einem Anspruch auf freie Heilfürsorge). In § 195 Absatz 2 Satz 2 RVO war bisher geregelt, dass § 16 Absatz 1 nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld gilt. Diese Vorschrift wird nun in § 16 SGB V aufgenommen.

Zu Nummer 0c (§ 17 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bei Beschäftigung im Ausland)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Überführung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V. Die Ergänzung trägt der Tatsache Rechnung, dass es sich bei Schwangerschaft und Mutterschaft um keine Erkrankung handelt. Außerdem entfällt der bisherige Verweis in § 17 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf die Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der RVO, die aufgehoben werden.

Zu Nummer 0d (Ergänzung der Überschrift des Dritten Abschnitts des Dritten Kapitels)

Die Überschrift wird ergänzt; dies trägt der Überführung der Vorschriften aus der RVO in den Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V Rechnung.

Zu Nummer 1a (§§ 24c ff. Leistungstatbestände bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Zu § 24c

Der neue § 24 c hat wie bisher § 195 Absatz 1 RVO die Funktion einer Einweisungsvorschrift, die auf die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft hinweist. Zur Klarstellung wird die Auflistung dahingehend ergänzt, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln von den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfasst wird. Insoweit war bisher nur der Ausschluss von Zuzahlungen ausdrücklich geregelt (Verweis in § 196 Absatz 2 RVO auf § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4).

Zu § 24d

Der neue § 24d übernimmt die Regelung des bisherigen § 196 Absatz 1 RVO zum Rechtsanspruch der Versicherten auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Darüber hinaus wird nun in Satz 2 ausdrücklich geregelt, dass der Säugling Anspruch auf Hebammenhilfe hat, wenn kein Anspruch der Mutter nach Satz 1 besteht (z. B. in Fällen der Adoption oder bei Tod sowie krankheitsbedingter Abwesenheit der Mutter). Durch diese Übertragung des Anspruchs auf Hebammenhilfe auf das versicherte Kind wird sichergestellt, dass die für das Kind erforderlichen Leistungen erbracht werden können.

Zu § 24e

Der neue § 24e regelt den Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmitteln während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung. Der Leistungsan-

spruch richtet sich nach den für die Krankenbehandlung geltenden Vorschriften einschließlich der Leistungseinschränkungen nach § 34 sowie der Vorschriften für die Prüfung und Abrechnung dieser Leistungen nach den §§ 84 und 300. Ausgenommen sind die Regelungen zu den Zuzahlungen. Der bisherige § 196 Absatz 2 RVO wird durch Satz 2, 2. Halbsatz ins SGB V überführt. Danach sind bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten.

Zu § 24f

Die neue Vorschrift des § 24f regelt den Anspruch der Versicherten auf ambulante oder stationäre Entbindungen. Übernommen wird die bisherige Regelung des § 197 RVO, nach der die Versicherte für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung hat, wenn sie zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen wird. Zusätzlich wird der Anspruch auf eine ambulante Entbindung ausdrücklich geregelt. Insofern werden als mögliche Geburtsorte das Krankenhaus, eine von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleitete Einrichtung, eine ärztlich geleitete Einrichtung, eine Hebammenpraxis sowie die Hausgeburt genannt. Damit ist die Versorgung an anderen Orten in Notfällen nicht ausgeschlossen.

Zu § 24g

Der neue § 24g zum Anspruch der Versicherten auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist, entspricht ohne inhaltliche Änderungen dem bisherigen § 198 RVO. Wie bisher besteht kein Anspruch auf Betreuung, wenn diese von einer im Haushalt lebenden Person übernommen werden kann (Verweis auf § 37 Absatz 3). Kosten für selbstbeschaffte Kräfte sind unter Berücksichtigung von § 37 Absatz 4 von der Krankenkasse zu erstatten. Zuzahlungen sind nicht zu leisten.

Zu § 24h

Der neue § 24h zum Anspruch der Versicherten auf Haushaltshilfe entspricht ohne inhaltliche Änderungen dem bisherigen § 199 RVO. Insbesondere bleibt es bei der Voraussetzung, dass der Versicherten wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Zu § 24i

Der neue § 24i regelt den Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Er entspricht dem bisherigen § 200 RVO.

Zu Absatz 1

Die Regelung zum Anspruch auf Mutterschaftsgeld für weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes (sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung) kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, entspricht dem bisherigen § 200 Absatz 1 RVO.

Zu Absatz 2

Die Regelung zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes entspricht inhaltlich dem bisherigen § 200 Absatz 2 RVO. Als Mutterschaftsgeld wird regelmäßig das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist, höchstens jedoch 13 Euro, für den Kalendertag gezahlt. Den Unterschiedsbetrag zwischen der Höchstsumme von 13 Euro sowie dem Nettoarbeitsentgelt trägt der Arbeitgeber oder die für die Zahlung von Mutterschaftsgeld zuständige Stelle als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Mutterschutzgesetz. Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld, die keinen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld beanspruchen können, erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes. Zudem werden einige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Zu Absatz 3

Die Regelung zur Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes entspricht weitgehend dem bisherigen § 200 Absatz 3 RVO. Grundsätzlich wird Mutterschaftsgeld in den Schutzfristen von sechs Wochen vor bis acht bzw. bei Mehrlings- und Frühgeburten 12 Wochen nach der Entbindung geleistet.

In Satz 1 wird klargestellt, dass für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes für Zeiten vor der Entbindung grundsätzlich der voraussichtliche mutmaßliche Entbindungstermin maßgebend ist. Auch bei einer Beantragung des Mutterschaftsgeldes nach der Entbindung bleibt der voraussichtliche Entbindungstag maßgebend, wenn das Zeugnis vor der Entbindung ausgestellt wurde.

Nach dem bisherigen Satz 2 verlängert sich bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen die Bezugsdauer um den Zeitraum, der nach § 3 Absatz 2 Mutterschutzgesetz nicht in Anspruch genommen werden konnte. Die Bezugnahme auf die Regelung des Mutterschutzgesetzes wird nunmehr ersetzt durch die Formulierung "Zeitraum von sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung". Damit wird der Rechtspraxis Rechnung getragen, wonach auch für freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige und Beziehenden von Arbeitslosengeld ein Anspruch auf Verlängerung der Bezugsdauer von Mutter-

schaftsgeld gegeben sein soll, sofern eine Frühgeburt oder sonstige vorzeitige Entbindung vorliegt. Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld und freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige findet § 3 Absatz 2 Mutterschutzgesetz keine unmittelbare Anwendung, weshalb die nur für Arbeitnehmerinnen im Sinne des Mutterschutzgesetzes geltende Bezugsregelung gestrichen wird.

In Satz 4 war bisher im Hinblick auf das für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung erforderliche Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme über den mutmaßlichen Tag der Entbindung vorgesehen, dass das Zeugnis nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 Mutterschutzgesetz ausgestellt sein darf. Diese Anforderung wird durch die Streichung des Satzes insoweit vereinfacht, dass nunmehr das ärztliche Zeugnis – entsprechend der Regelung des § 5 Mutterschutzgesetz – auch zu einem früheren Zeitpunkt als eine Woche vor Beginn der Mutterschutzfrist ausgestellt werden kann.. Dies hat zur Folge, dass die nach § 5 Mutterschutzgesetz dem Arbeitgeber vorzulegende Bescheinigung auch für die Mutterschaftsgeldzahlung herangezogen werden kann. Nach § 5 Mutterschutzgesetz sollen werdende Mütter dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Wird allerdings – beispielsweise aufgrund einer Frühgeburt – erst nach der Entbindung Mutterschaftsgeld beantragt, so ist für die Berechnung der Entbindungstag maßgebend.

Die Änderung in Satz 4 ist klarstellender Natur.

Zu Absatz 4

Die Regelung zum Ruhen des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld entspricht dem bisherigen § 200 Absatz 4 RVO. Hiernach ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält.

Zu Nummer 1b (§ 28 Keine Praxisgebühr bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Es handelt sich um eine durch die Überführung der Vorschriften zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der RVO in das Fünfte Buch notwendige Folgeänderung. Es bleibt dabei, dass die Versicherten für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers für Maßnahmen der Schwangerenvorsorge (§ 24d – neu –) keine Zuzahlung zu entrichten haben. Zudem wird der bisherige Verweis auf § 23 KVLG mit der Überführung des KVLG in das KVLG 1989 gegenstandslos, da § 23 KVLG auf-

grund des Verweises auf das SGB V in § 8 Absatz 1 KVLG 1989 ersatzlos gestrichen werden kann.

Zu Nummer 1c (§ 33 Verordnungserfordernis für Hilfsmittel)

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Dies wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht. Ein Verzicht auf die vertragsärztliche Verordnung kann auch bei dauerhaft benötigten zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln in Betracht kommen. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann. Inwieweit für die Durchführung und Abrechnung der Versorgung eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, wird ebenfalls in den Verträgen zu regeln sein.

Zu Nummer 2a (§ 63 Modellvorhaben zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Es handelt sich um eine Ergänzung im Zusammenhang mit der Überführung der Vorschriften zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der RVO in das Fünfte Buch. Danach können die Krankenkassen Modellvorhaben auch zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren. Der bisherige Wortlaut der Vorschrift hatte dies nur für Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung vorgesehen.

Zu Nummer 7 (Gemeinsame Rahmenempfehlung häusliche Krankenpflege)

§ 132a Absatz 1 Satz 1 sieht bislang vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben sollen. Obwohl diese Vorgabe, die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 in das SGB V eingefügt wurde, bereits seit dem 1. Juli

1997 gilt, liegen entsprechende Rahmenempfehlungen bis zum heutigen Tag nicht vor. Zwingende Gründe, die erklären, warum die Rahmenempfehlungen bislang noch nicht zustande gekommen sind, sind nicht ersichtlich. Die Rahmenempfehlungen sollen dazu dienen, eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu vereinbaren, um eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Die bisherige Sollens-Regelung wird daher durch eine Muss-Regelung ersetzt. Zudem erfolgt im ersten Satz eine Rechtsbereinigung, da die Formulierung gemeinsam und einheitlich durch die Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der entsprechenden Gesetzesänderung vom 26. März 2007 gegenstandslos geworden ist. Darüber hinaus werden die Partner der Rahmenempfehlungen mit dem neuen Satz 5 verpflichtet, die Rahmenempfehlungen bis zum 1. Juli 2013 abzugeben.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege hat im Bereich der häuslichen Krankenpflege zudem auf erhebliche Defizite hingewiesen und gesetzgeberischen Handlungsbedarf geltend gemacht. Dabei bezieht sie sich insbesondere auf die unterschiedliche Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Leistungen häuslicher Krankenpflege, die – teilweise auch durch verschiedene technische Ausstattungen bedingten – unterschiedlichen, zum Teil aufwendigen Abrechnungsverfahren (papiergebundene Nachweise auch bei elektronischer Abrechnung) und das Fehlen einheitlicher Festlegungen darüber, welche antragsbegründenden Angaben und Unterlagen der Krankenkasse für die Leistungsentscheidung zu übermitteln sind.

Um die derzeit bestehenden, insbesondere auf unterschiedlichen Verfahrensausgestaltungen der einzelnen Kassen beruhenden Unzulänglichkeiten bei der Prüfung der Leistungspflicht und der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege abzustellen, die unterschiedlichen Anforderungen der Kassen an die für die Leistungsbewilligung zu übermittelnden Daten zu vereinheitlichen und um den Versicherten eine zügige Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Leistungen sowie eine reibungslose Leistungs- und Vergütungsabwicklung zwischen Pflegediensten und Krankenkassen zu gewährleisten, werden daher die Rahmenempfehlungspartner mit dem neuen Satz 6 verpflichtet, hierzu in den Rahmenempfehlungen die wesentlichen Grundsätze zu vereinbaren. Dabei können sich die Vertragspartner auf ein einheitliches, sachgerechtes Verfahren einigen, das für alle Pflegedienste und Kassen gilt und insbesondere im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand und die erforderlichen leistungsrechtlichen Nachweispflichten einen angemessenen Interessenausgleich herstellt. Dies dient dem Bürokratieabbau.

Die Empfehlungen können sich auch auf die Inhalte des § 302 Absatz 2 Satz 1 (Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens) und des § 302 Absatz 3 (Voraussetzungen und Verfahren bei der Teilnahme am elektronischen Datenträgeraustausch) beziehen. Soweit in einem solchen Fall

Abweichungen von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands nach § 302 Absatz 2 und 3 vereinbart werden, sieht der zweite Halbsatz des neuen Satz 6 in Verbindung mit § 302 Absatz 4 einen Vorrang der Rahmenempfehlungen vor.

Zu Nummer 8 (§ 134a Qualitätssicherung für Leistungen der Hebammenhilfe)

Zu Buchstabe a

Die Änderung bezieht sich auf die Verträge, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene schließt. Bisher haben diese Verträge unter anderem die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die von Hebammen geleiteten Einrichtungen zu regeln. Mit der Änderung wird diese Verpflichtung erweitert und es wird festgelegt, dass die Verträge Anforderungen an die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung in der gesamten Hebammenhilfe zu regeln haben. Damit sind durch die Vertragsparteien zukünftig notwendige Qualitätsvereinbarungen für alle Bereiche der Hebammenhilfe zu treffen.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 1a konkretisiert die Verpflichtung der Vertragsparteien zu Vereinbarungen zur Qualität der Hebammenhilfe nach Absatz 1 Satz 1. Die Regelung stellt klar, dass diese Vereinbarungen Mindestanforderungen in Bezug auf sämtliche Dimensionen der Versorgungsqualität – also zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – der Hebammenhilfe beinhalten sollen. Den Vertragsparteien wird damit die Aufgabe zugewiesen, die Qualität in der Geburtshilfe durch Hebammen und Entbindungspfleger durch die Vereinbarung notwendiger Mindeststandards umfassend sicherzustellen. Um die Überprüfung der Versorgungsqualität zu gewährleisten, ist den Vertragspartnern zudem aufgegeben, sich auf sachgerechte Verfahren zu verständigen, mit denen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen durch die Leistungserbringer nachzuweisen sind. Die Nachweisverfahren sind ausdrücklich möglichst verwaltungsunaufwändig zu gestalten, um die Arbeit der Hebammenhilfe nicht mit unnötiger Bürokratie zu belasten.

Zu Nummer 9 (§ 301a Abrechnung der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen)

Bisher gab es keine Regelung zur Abrechnung für die von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen. Nunmehr wird ausdrücklich geregelt, dass die bestehenden Abrechnungsregelungen auch auf diese Einrichtungen Anwendung finden.

Über den in Absatz 1 Satz 3 neu eingefügten Verweis wird geregelt, dass als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift auch Entbindungspfleger gelten.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3a – neu – (Änderung Verordnung) (redaktionelle Verweisänderungen im Hinblick auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 3a eingefügt:

„Artikel 3a

**Änderung der Verordnung zur Bezeichnung der als Einkommen
geltenden sonstigen Einnahmen nach § 21 Abs. 3 Nr. 4
des Bundesausbildungsförderungsgesetzes**

§ 1 Nummer 2 der Verordnung zur Bezeichnung der als Einkommen geltenden sonstigen Einnahmen nach § 21 Abs. 3 Nr. 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes vom 5. April 1988 (BGBl. I S. 505), die zuletzt durch Artikel 49 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung (RVO), dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG - 1989),“ gestrichen.
2. In Buchstabe c wird die Angabe „§§ 200ff. RVO, §§ 29 ff. KVLG“ durch die Angabe „§ 24i SGB V“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Nummer 1

Folgeänderung der Aufhebung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in der RVO und der Aufhebung des KVLG.

Zu Nummer 2

Redaktionelle Folgeänderung. Der Verweis auf die §§ 200ff. RVO und §§ 29 ff. KVLG wird durch die Angabe "§ 24i SGB V" ersetzt. Der neue § 24i SGB V entspricht dem bisherigen § 200 RVO.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3b – neu – (§ 11 Bundesvertriebenengesetz) (redaktionelle Verweisänderungen im Hinblick auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Nach Artikel 3a – neu – wird folgender Artikel 3b eingefügt:

„Artikel 3b

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

In § 11 Absatz 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. S. 1902), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 4. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2426) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „§ 200 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Angabe „§ 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.’

Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die Regelung zum Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO umgestellt auf § 24i SGB V, der denselben Regelungsgehalt hat.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3c – neu – (§ 14 Mutterschutzgesetz) (redaktionelle Verweisänderungen im Hinblick auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3b wird folgender Artikel 3c eingefügt:

„Artikel 3c

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I. S. 2318), das zuletzt durch Artikel 34 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 200 Abs. 1, 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, § 29 Absatz 1, 2 und 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Wörter „§ 24i Absatz 1, 2 Satz 1 bis 4 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. In § 14 Absatz 3 wird die Angabe „§ 165 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 165 Abs. 1 Satz 2“ ersetzt.
4. In § 15 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Nummer 1 Buchstaben a und b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V bzw. vom KVLG in das KVLG 1989.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die Regelung zum Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO und § 29 KVLG umgestellt auf § 24i, der denselben Regelungsgehalt hat.

Zu Nummer 3

Bei dieser Änderung handelt es sich um die Berichtigung eines redaktionellen Versehens. Das Mutterschutzgesetz will auf die Definition des Insolvenzereignisses im SGB III verweisen, die durch die Neufassung des § 165 Abs. 1 SGB III nunmehr in § 165 Abs. 1 Satz 2 SGB III enthalten ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es der Korrektur.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V bzw. vom KVLG in das KVLG 1989.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3d – neu – (RVO)

(Aufhebung der Vorschriften zu den Leistungen
bei Schwangerschaft und Mutterschaft in der RVO
und zu den Verbänden und Sektionen der Krankenkassen)

Nach Artikel 3c – neu – wird folgender Artikel 3d eingefügt:

„Artikel 3d

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Der zweite Abschnitt des zweiten Buches und die §§ 407 bis 413 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I. S. 550) geändert worden ist, werden aufgehoben.“

Begründung:

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, wurden die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) abgelöst und als Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) kodifiziert. Im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung wurden nur die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in der RVO belassen.

Diese systematische Sonderstellung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ist nicht mehr zeitgemäß. Daher werden die Vorschriften aus der RVO unter systematischen Gesichtspunkten in das Leistungsrecht des SGB V überführt. Dies dient der Rechtsklarheit und erleichtert den Beteiligten die Rechtsanwendung.

Da die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch aufgenommen werden, werden sie als einzige noch geltende Vorschriften im zweiten Abschnitt im zweiten Buch der RVO aufgehoben. Dies betrifft auch den fehlerhaften Verweis des bisherigen § 195 Absatz 2 Satz 3 RVO.

Außerdem werden die Vorschriften über die Verbände und Sektionen der Krankenkassen aufgehoben. Derzeit gibt es keine Verbände von Krankenkassen mehr, die auf der Grundlage der §§ 406ff RVO gebildet worden sind. Die Regelungen können daher entfallen. Soweit Krankenkassen Bedarf sehen, Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung zu bilden, steht ihnen hierfür im geltenden Recht das Instrument der Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3e – neu – (KVLG) (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3d – neu – wird folgender Artikel 3e eingefügt:

„Artikel 3e

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird aufgehoben.'

Begründung

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, wurden wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung auch die krankensicherungsrechtlichen Regelungen im Gesetz über die Krankenversicherung für Landwirte (KVLG) abgelöst und als Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) kodifiziert. Im Leistungsrecht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wurden nur die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im KVLG belassen.

Diese systematische Sonderstellung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ist auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht mehr zeitgemäß. Daher werden als Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch auch die Vorschriften aus dem KVLG unter systematischen Gesichtspunkten in das Leistungsrecht des KVLG 1989 überführt. Dies dient der Rechtsklarheit und erleichtert

den Beteiligten die Rechtsanwendung. Da das KVLG keine weiteren Regelungen enthält, kann das Gesetz insgesamt aufgehoben werden.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3f – neu – (KVLG 1989) (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3e – neu – wird folgender Artikel 3f eingefügt:

„Artikel 3f

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 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankengeld“ die Wörter „oder Mutterschaftsgeld“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Kurmaßnahme“ durch die Wörter „Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung“ ersetzt.
 - c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen ist § 6 Absatz 1 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.“
2. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Krankheit oder einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches So-

zialgesetzbuch“ durch die Wörter „Krankheit, einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, § 24, § 40 Absatz 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Schwangerschaft oder Entbindung“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird nach dem Wort „gilt“ die Angabe „§ 24h und“ eingefügt.

3. Nach § 13 wird folgender § 14 eingefügt:

„§ 14

Mutterschaftsgeld

(1) Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind und

2. sonstige Mitglieder, die die Voraussetzungen des § 24i Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(2) Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes erhalten unter den Voraussetzungen des § 24i Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, jedoch die Voraussetzungen für den Bezug des Mutterschaftsgeldes nach § 24i Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen,

2. mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind und

3. die in § 2 Absatz 1 Nummer 6 in Verbindung mit § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a und c

Folgeänderung zur Aufhebung des § 26 Absatz 1 KVLG. Die bisherige Regelung wird inhaltsgleich in § 9 Absatz 3a (neu) aufgenommen. Die bisher in § 26 Absatz 2 KVLG enthaltene Regelung wird bereits von § 9 Absatz 4 erfasst.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Angleichung an das SGB V („Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung“ statt "Kurmaßnahme").

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Aufhebung des § 27 Absatz 1 KVLG. Die bisherige Regelung wird inhaltsgleich mit einer redaktionellen Angleichung an das SGB V ("Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung" statt "Kurmaßnahme") in § 10 Absatz 1 aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Durch den in § 10 Absatz 2 zusätzlich aufgenommenen Verweis auf § 24h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt die bisher in § 27 Absatz 2 KVLG enthaltene Regelung zur Gewährung von Haushaltshilfe zukünftig auch weiterhin für die landwirtschaftliche Krankenversicherung.

Zu Nummer 3

Folgeänderung zur Aufhebung des § 29 KVLG.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3g – neu – (BEEG)

(redaktionelle Verweisänderungen im
Hinblick auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3f – neu – wird folgender Artikel 3g eingefügt:

**„Artikel 3g
Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes**

Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 7 Satz 5 und § 3 Absatz 1 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder dem“ durch die Wörter „dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zweiten“ ersetzt.’

2. Nach § 27 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Soweit dieses Gesetz Mutterschaftsgeld nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte in Bezug nimmt, gelten die betreffenden Regelungen für Mutterschaftsgeld nach der Reichsversicherungsordnung oder dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Redaktionelle Folgeänderung zur Überführung der Vorschriften zum Mutterschaftsgeld in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um Folgeänderungen. Für die Berechnung des Elterngeldes ist nach dem Inkrafttreten der Änderungen im Rahmen der Bestimmung des Bemessungszeitraumes und der Ermittlung anzurechnender Leistungen ggf. auch Mutterschaftsgeld zu berücksichtigen, das nach der Reichsversicherungsordnung oder dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte bezogen wurde oder nach diesen Regelungen zustand.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3h – neu – (SGB I)

(redaktionelle Änderung zur Aufhebung
des KVLG)

Nach Artikel 3g – neu – wird folgender Artikel 3h eingefügt:

**„Artikel 3h
Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 68 Nummer 5 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird aufgehoben.'

Begründung:

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3i – neu – (§§ 4, 28a RSAV)

(redaktionelle Verweisänderungen im Hinblick auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Nach Artikel 3h – neu – wird folgender Artikel 3i eingefügt:

„Artikel 3i

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

In § 4 Absatz 1 Nummer 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, werden die Wörter „nach den §§ 195 bis 200 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Wörter „nach den §§ 24c bis 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.'

Begründung:

Es handelt sich wiederum um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die §§ 195 bis 200 RVO umgestellt auf §§ 24c bis 24i SGB V.

**Entwurf
Formulierungshilfe**

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

Zu Artikel 3j – neu – (LSV-NOG)

(redaktionelle Änderung zur Aufhebung
des KVLG)

Nach Artikel 3i – neu – wird folgender Artikel 3j eingefügt:

**„Artikel 3j
Änderung des LSV-Neuordnungsgesetzes**

In Artikel 8 Nummer 6 des LSV-Neuordnungsgesetzes vom XX.03.2012 (BGBl. I S. ...), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden in § 166 die Wörter „den Gesetzen“ durch die Wörter „dem Zweiten Gesetz“ ersetzt.’

Begründung:

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.