



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

4. Mai 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 10 Familienversicherung	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 § 171e Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	8
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	10
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 242 Zusatzbeitrag	13
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 § 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	14
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	15
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 9 § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte	16
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 10 § 260 Betriebsmittel	17
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 § 261 Rücklage	18
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 12 § 271 Gesundheitsfonds	18
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13 § 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4	19
• Artikel 2 (Inkrafttreten).....	22
3. Ergänzender Änderungsbedarf	24
• Nr. 1: Übernahme rückständiger KV- und PV-Beiträge durch die Leistungsträger nach dem SGB II oder Träger der Sozialhilfe (§ 256b SGB V neu)	24

- Nr. 2: Beitragspflicht bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen und sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen (§ 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2, § 240 SGB V)25

1. Allgemeiner Teil

Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags

Im Zentrum des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Entwurfs eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) steht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1.1.2019. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentenversicherung und Rentnerinnen und Rentnern getragen werden. Der bisherige, ausschließlich durch die GKV-Mitglieder zu tragende Zusatzbeitrag wird damit gleichfalls paritätisch finanziert. Im Durchschnitt werden die Mitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen so um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger werden in gleicher Höhe belastet. Die Umsetzung lässt die bestehende Finanzarchitektur weitestgehend unberührt. Der vdek begrüßt die Entlastungen der GKV-Mitglieder. Gut ist auch, dass die Arbeitgeber wieder stärker in die Verantwortung für Kostensteigerungen in der GKV, z. B. durch den medizinischen Fortschritt, eingebunden werden.

Abschmelzen von Finanzreserven

Der Gesetzentwurf sieht außerdem vor, Beitragsentlastungen herbeizuführen indem er die Krankenkassen, die über hohe Rücklagen verfügen verpflichtet, diese systematisch abzuschmelzen. Dazu werden die Obergrenzen für Rücklagen und Betriebsmittel im SGB V zusammengeführt und abgesenkt. Künftig darf die Finanzreserve einer Krankenkasse das Einfache einer Monatsausgabe nicht mehr übersteigen. Überschießende Mittel sind über eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes abzuschmelzen. Dafür steht ein Zeitraum von drei Jahren, im Einzelfall und unter der Voraussetzung, dass die zuständige Aufsichtsbehörde zustimmt, auch von zwei weiteren Jahren zur Verfügung. Ist ein Abschmelzen der Rücklagen auch in fünf Jahren nicht möglich, sind die verbleibenden Überschüsse an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Diese Maßnahme wird den Wettbewerb unter den Krankenkassen weiter intensivieren. Nach Ansicht der Ersatzkassen müssen zunächst die Kosten für die im Koalitionsvertrag angekündigten Reformen seriös abgeschätzt werden, bevor gesetzgeberisch Eingriffe mit direkter Auswirkung auf die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen vorgenommen werden. Etwaige Eingriffe müssen auch zwingend mit einer zeitgleichen Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) flankiert werden, da sich andernfalls die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen weiter verstärken.

Finanzreserve Gesundheitsfonds

Die Ersatzkassen begrüßen die Einführung einer Obergrenze bei der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Dies fordern die Ersatzkassen seit Jahren. Die Obergrenze soll bei 50 Prozent einer Monatsausgabe der GKV liegen und

würde damit etwa 9,5 Milliarden Euro betragen. Darüber hinausgehende Mittel sollen jährlich in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt werden und zwar in Schritten von 0,1 Beitragssatzpunkten. Dieses Geld steht dann richtigerweise für die Versorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung.

Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige

Mit dem Gesetzentwurf soll die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige um die Hälfte auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße gesenkt werden. Im Schnitt beträgt der in der Krankenversicherung zu zahlende Mindestbeitrag für diesen Personenkreis dann noch 171 Euro. Mit der Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage entfallen auch Prüfnotwendigkeiten bei den Kassen und damit Verwaltungsaufwände, denn die bisherige Regelung für Existenzgründer entfällt im Zuge der Neuerungen, ebenso wie die besondere Prüfung wegen einer Hilfebedürftigkeit des hauptberuflich selbstständig Tätigen. Der vdek befürwortet die Maßnahme als richtigen Schritt. Die Entlastung der Selbstständigen mit geringen Einnahmen wird im Kontext der weiteren Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden dazu beitragen, dass ein weiterer Anstieg des Beitragsschuldenbergs gebremst wird.

Die finanzielle Belastung der GKV durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige wird vom BMG auf 800 Mio. Euro veranschlagt. Eine Kompensation der Belastung ist im Referentenentwurf nicht vorgesehen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Eine Refinanzierung durch den Bundeshaushalt wäre sachgerecht.

Änderung mitgliedschaftsrechtlicher Vorschriften zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der Gesetzentwurf enthält weitere Regelungen zum Umgang mit den hohen Beitragsrückständen in der GKV. Der Gesetzentwurf spricht in seiner Begründung von einem wesentlichen Zusammenhang zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag (Beitragsfestsetzung nach der Beitragsbemessungsgrenze) als Sanktionierungsinstrument, wenn der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nicht genügt. Das Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden sieht vor, dass eine Versicherung über die oAV nur erfolgen kann, wenn der Aufenthalt der betreffenden Person geklärt ist (Wohnsitz im Geltungsbereich des Gesetzes oder überwiegender Aufenthalt dort). Weiter sind freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn die Personen nicht auffindbar sind. Dies soll dazu beitragen, ungerechtfertigte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen und keine Beiträge entrichten, zu verhindern. Dieses Phänomen ist in den vergangenen Jahren am Beispiel der „Saisonarbeitnehmer“ deutlich geworden und hatte zu gesetzgeberischen Gegenmaßnahmen geführt, die zu Beginn des Jahres 2018 in Kraft getreten sind. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält nun ergänzende Regelungen, mit denen zu Unrecht bezogene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht nur für

Saisonarbeiter, sondern auch für sonstige nicht auffindbare freiwillig Versicherte rückwirkend korrigiert werden sollen. Um die Beitragsschulden weiter zu reduzieren, müssen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um solche „ungeklärten passiven Mitgliedschaften“ rückwirkend ab 1.8.2013 bereinigen. Solchermaßen zu Unrecht erhaltene Zuweisungen sind an den Gesundheitsfonds zurückzuführen. Der vdek begrüßt die Bereinigung ausdrücklich und betont, dass eine Bereinigung nicht nur der derzeit noch laufenden Versicherungsverhältnisse erforderlich ist, sondern eine rückwirkende Bereinigung aller entsprechenden Versichertenbestände ab dem 1.8.2013 erfolgen muss inklusive bereits aus anderem Grund beendeter „passiver“ Mitgliedschaften. Da einzelne Landesaufsichten angesichts ihrer sehr begrenzten Personalausstattung nicht in der Lage sein dürften, den im Gesetz vorgesehenen, sehr umfangreichen Prüfaufgaben nachzukommen und da zudem der Sachverhalt von direkter Relevanz für den Finanzausgleich in der GKV ist, sollte zudem die Prüfung der Bereinigung bundeseinheitlich durch das Bundesversicherungsamt (BVA) für alle Krankenkassen und unabhängig von den sonstigen Aufsichtszuständigkeiten vorgenommen werden.

Altersrückstellungen der Krankenkassen

In Anlehnung an das Versorgungsrücklagengesetz soll es den Krankenkassen ermöglicht werden, das Deckungskapital für Altersrückstellungen in Höhe von 20 Prozent in Aktien anlegen zu dürfen. Bislang darf der Aktienanteil zehn Prozent nicht überschreiten. Diese Regelung wird vom vdek begrüßt.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 10 Familienversicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Regelung aufgehoben, nach der eine Tagespflegeperson, die nicht mehr als fünf fremde gleichzeitig anwesende Kinder betreut, nicht als hauptberuflich selbstständig Tätige gilt.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neufassung des § 240 Absatz 4 SGB V zur Beitragsbemessung der hauptberuflich selbstständig Tätigen. Nach der deutlichen Absenkung des Mindestbeitrages für diese Personengruppe besteht keine Notwendigkeit mehr, die genannten Tagespflegepersonen von der Hauptberuflichkeit auszunehmen. Das ist sachlich in Ordnung und folgerichtig. Ein positiver Nebeneffekt ergibt sich auch noch. Wenn Tagespflegepersonen als hauptberuflich selbstständig gelten, dann haben sie die Möglichkeit, auf einen Anspruch auf Krankengeld zu optieren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

§ 171e SGB V verpflichtet die Träger der GKV Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Dieser Prozess muss bis 2050 abgeschlossen sein. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz wurde durch das 6. SGB IV-Änderungsgesetz ab 2016 die Möglichkeit geschaffen, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Stellungnahme vdek

Anlagen in Aktien bieten den Vorteil höherer Erträge und verbessern die Streuung des Deckungskapitals. Dem steht ein Risiko aufgrund der Volatilität der Aktienkurse gegenüber. Höhere Erträge bedeuten eine Entlastung der Krankenkassen beim Aufbau des Deckungskapitals und damit letztlich der Versicher-

ten. Die weitere Streuung des Deckungskapitals verringert zusätzlich das Risiko. Durch den langen Anlagezeitraum ist das Risiko durch volatile Kurse gering. Die weitere Erhöhung der Quote auf 20 Prozent ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen und wurde von den Ersatzkassen auch in der Vergangenheit immer gefordert.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen beziehen sich auf § 188 Absatz 4 SGB V, in dem die obligatorische Anschlussversicherung (oAV) geregelt ist.

Der neue Satz 3 des § 188 Absatz 4 SGB V legt fest, dass die oAV nicht entsteht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nicht feststellen kann.

Die Änderung in Satz 5 der Vorschrift bewirkt, dass auch bei Saisonarbeitnehmern der gewöhnliche Aufenthalt im Sinne von § 30 Absatz 3 Satz 2 SGB I für die Beurteilung maßgebend ist, ob bei einem Aufenthalt in Deutschland das deutsche Recht anzuwenden und damit eine freiwillige Versicherung nach dem Ende der Beschäftigung als Saisonarbeiter möglich ist.

Der neue Absatz 5 beinhaltet eine Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber einem freiwillig Versicherten, der seine Beiträge für zwei Monate nicht gezahlt hat. Sie muss das Mitglied darauf hinweisen, dass die Möglichkeit besteht, nach der die Beiträge von einem anderen Sozialleistungsträger übernommen werden können. Voraussetzung für die Beitragsübernahme ist, dass Hilfebedürftigkeit nach den Vorschriften des SGB II oder SGB XII vorliegt.

Stellungnahme vdek

Zu a)

Die Änderungen zu Absatz 4 werden ausdrücklich begrüßt. Sie passen in das Gesamtkonzept, den Aufbau fiktiver Mitgliedschaften zu verhindern, bei denen die Möglichkeit besteht, dass die zu versichernde Person sich gar nicht in Deutschland aufhält und damit die deutschen Vorschriften keine Anwendung finden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Anpassungen sind notwendig, um auszuschließen, dass für solche Mitgliedschaften Beitragsschulden anfallen oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds generiert werden können.

Im Zusammenhang mit dem Nichtzustandekommen der oAV wird vorgegeben, dass dieser Tatbestand eintritt, wenn die Krankenkasse „trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten, den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nicht feststellen kann“. Der Terminus „Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten“ ist unbestimmt und lässt viel Spielraum auch für Prüfungen durch das BVA. Insoweit ist es erforderlich, dass entsprechende Richtlinien vorgegeben werden, wie dieser Terminus auch unter Berücksichtigung von § 20 SGB X (Amtsermittlungspflicht) und § 21 SGB XI (von der Krankenkasse im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens heranzuziehende Beweismittel) zu interpretieren ist bzw. welche Prüfschritte zwingend notwendig sind, die dem Terminus „Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten“ gerecht werden.

Insoweit sind verbindliche Grundsätze des GKV-SV im Sinne von § 217f Absatz 3 SGB V erforderlich.

Zu b)

Eine reine Informationspflicht der Krankenkasse nach Absatz 5 wird hingegen nicht dazu beitragen, die Beitragsschulden zu begrenzen. Vielfach ist den Betroffenen gar nicht bekannt, dass sie bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII Anspruch auf einen Beitragszuschuss (§ 26 SGB II) oder auf Übernahme der Beiträge haben (§§ 32 und 32a SGB XII). Hilfreicher erscheint, ergänzend die Möglichkeit einer rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger zu schaffen. An dieser Stelle wird insoweit auf den Abschnitt Ergänzender Änderungsbedarf Nr. 1 verwiesen.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

„Den Umfang und die zeitliche Abfolge der Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Sinne von Absatz 4 Satz 4 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Grundsätze. § 217f Absatz 3 SGB V gilt entsprechend“.

Begründung:

Satz 1 berechtigt den GKV-SV, das Verfahren zur Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten zu bestimmen. Im zweiten Satz wird die Verbindlichkeit dieser Grundsätze durch Verweis auf § 217f Absatz 3 SGB V herbeigeführt.

Zu b)

Der im Entwurf vorgesehene Absatz 5 entfällt.

Es wird auf den Abschnitt Ergänzender Änderungsbedarf unter Nr. 1 verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen werden neue Gründe für eine Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV eingeführt.

§ 191 Nr. 4 SGB V n. F. regelt nun ausdrücklich, dass eine freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag endet, an dem weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland besteht.

Die neue Nummer 5 sorgt dafür, dass eine freiwillige Mitgliedschaft nach Ablauf von sechs Monaten mit dem Beginn des Sechs-Monats-Zeitraums zu beenden ist, wenn mit dem Mitglied kein Kontakt mehr besteht. Die Regelung kommt nur zur Anwendung, wenn das Mitglied

1. in diesen sechs Monaten keine Beiträge zahlt,
2. in diesen sechs Monaten keine Leistungen in Anspruch nimmt

und die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ermitteln konnte.

Stellungnahme vdek

Die Regelungen gehören zu dem Gesamtkonzept, den Aufbau fiktiver Mitgliedschaften zu verhindern, bei denen die Möglichkeit besteht, dass die zu versichernde Person sich gar nicht in Deutschland aufhält und damit die deutschen Vorschriften keine Anwendung finden. Diese Änderungen sind notwendig, um auszuschließen, dass für solche fiktiven Mitgliedschaften Beitragsschulden anfallen oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds generiert werden können.

Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 191 Satz 1 Nr. 5 SGB V bei sechsmonatiger „Kontaktlosigkeit“ sieht wie in § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V Ermittlungen durch die Krankenkasse zum Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt vor. Auch hier sollte der GKV-SV rechtssichere Richtlinien vorgeben, die Reihenfolge und Umfang der Ermittlungen vorgeben.

Hierbei sollte auch eine Definition der zu berücksichtigenden Leistungen erfolgen. Umlagen oder kontaktunabhängige Honorarbestandteile (z. B. Kopfpauschale für Ärzte) erfüllen die Anforderung eines Anscheinsbeweises für eine tatsächlich existierende Mitgliedschaft nicht.

Änderungsvorschlag

Dem § 191 Nr. 5 SGB V wird folgender Satzteil angefügt:

„den Umfang und die zeitliche Abfolge der Ermittlungspflichten der Krankenkassen bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Grundsätze; § 217f Absatz 3 SGB V gilt entsprechend“.

Der Vorschlag entspricht der zu § 188 Absatz 5 SGB V entwickelten Anregung (vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 1, Nr. 3).

Alternativ könnte auch folgender Satzteil angefügt werden.

„§ 188 Absatz 5 gilt entsprechend“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Bei Personen, die bei der Beitragsbemessung nicht mitwirken, werden die Beiträge entsprechend § 240 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V nach der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Durch diesen Sanktionsmechanismus können sich sehr schnell umfangreiche Beitragsschulden entwickeln, ohne dass die Mitglieder tatsächlich über entsprechende Einnahmen verfügen.

Nach der bisherigen Rechtslage war eine rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung nur möglich, wenn das Mitglied die Nachweise über geringere beitragspflichtige Einnahmen innerhalb von drei Monaten nach dem maßgeblichen Beitragsbescheid beibrachte. Nun soll eine Korrektur möglich sein, wenn die Nachweise innerhalb eines Jahres vorgelegt werden. Werden die Beiträge hiernach rückwirkend korrigiert, fallen für die insoweit zu zahlenden Beiträge keine Säumniszuschläge an.

Die weitere Neuregelung des § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V verlangt eine Minderung der Beiträge in den Fällen, in denen wegen fehlender Mitwirkung nach der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurde, sich aber Anhaltspunkte ergeben haben, dass der Versicherte noch nicht einmal über Einnahmen verfügt, die die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage überschreiten (derzeit 1.015 Euro monatlich).

Hiernach wird die Krankenkasse berechtigt, die Beitragsfestsetzung von sich aus zu korrigieren. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Bedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Nach der Gesetzesbegründung muss die Krankenkasse „zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und dessen Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt“.

Zu b)

Mit den Änderungen des § 240 Absatz 4 SGB V wird die Beitragsfestsetzung für hauptberuflich selbständig Tätige neu geregelt. Künftig ist als eigenständige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen; Sonderregelungen für Existenzgründer entfallen. Auch die Sonderregelungen für bedürftige Selbständige werden gestrichen. Die Streichung in Satz 6 ist eine Folgeänderung zum Wegfall des Hauptberuflichkeitsausschlusses bei Tagespflegepersonen.

Stellungnahme vdek

zu a)

Die Regelungen zu § 240 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V n. F. gehören zu dem Gesamtkonzept Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen. Mit der einjährigen Nachholungsfrist wird ein sachgerechter Ausgleich zwischen nachträglicher Mitwirkung und den Sanktionen bei fehlender Mitwirkung herbeigeführt. Das gilt auch für die Maßnahme, dass bei Korrekturen nach Satz 3 der Vorschrift keine Säumniszuschläge anfallen. Insoweit wird davon ausgegangen, dass sich die Befreiung vom Säumniszuschlag nur auf die für die Vergangenheit nachzuzahlenden Beiträge erstreckt.

Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen, eine rückwirkende Beitragskorrektur vorzunehmen, wenn "hinreichende Anhaltspunkte" für niedrigere Einnahmen vorliegen, ist nicht sachgerecht. Die Krankenkassen werden nach der Gesetzesbegründung verpflichtet, dazu weitere Informationen zu ermitteln. Bei Mitgliedern, deren Beiträge wegen fehlender Mitwirkung festgesetzt wurden, ist dies nicht erfolgsversprechend. Außerdem werden mit dieser Regelung "Verweigerer" belohnt und die GKV-Versichertengemeinschaft belastet. Insoweit liegt auch ein unverhältnismäßiger Aufwand vor.

Zu b)

Die Änderung des § 240 Absatz 4 SGB V setzt den Beschluss aus dem Koalitionsvertrag um, die Beitragsbemessung für hauptberuflich selbständig Tätige neu zu gestalten und im Bereich der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu einer spürbaren Beitragsentlastung zu gelangen. Das wird mit der Neuregelung erreicht. Denn die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage wird quasi halbiert. Der Mindestbeitrag sinkt von 342 Euro auf 171 Euro monatlich. Das wird für die Betroffenen eine spürbare Entlastung zur Folge haben. Wie die insoweit vom BMG prognostizierten Beitragsmindereinnahmen von 800 Mio. Euro jährlich gegenfinanziert werden sollen, bleibt ungeklärt.

Es ist sachgerecht, die Frage Beitragsbemessung für selbständig Tätige nur über die beitragspflichtigen Einnahmen zu lösen. Das erspart die Schaffung von schwer zu handhabenden Vorschriften, die den vielfach zitierten „Kleinselbstständigen oder Solo-Selbstständigen“ definieren. Deshalb ist es auch vollkommen richtig, die Regelungen zu § 240 Absatz 2 Satz 3 bis 5 SGB V zu den bedürftigen Selbständigen zu streichen. Auch diesem Personenkreis wird nun mit

der Beitragsbemessungsgrundlage nach dem 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße (bisher 60. Teil) hinreichend Rechnung getragen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Eine Refinanzierung ist daher geboten.

Die Tatsache, dass es künftig neben der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (derzeit 1.015 Euro) für sonstige freiwillig Versicherte und eine diesem Betrag angenäherte, aber dennoch abweichende Beitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige gibt, ist hinnehmbar. Insoweit kann dem Ansatz aus der Gesetzesbegründung gefolgt werden, dass die besondere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage dem Umstand Rechnung trägt, dass die Selbständigen Betriebsausgaben absetzen können.

Änderungsvorschlag

Zu a)

§ 240 Absatz 1 Satz 4 (neu) wird gestrichen. Nachfolgender Satz 5 (neu) wird Satz 4 (neu).

Zu b)

Änderungsvorschläge zur Beitragsbemessung der hauptberuflich selbstständig Tätigen bestehen dem Grunde nach nicht. Allerdings ist eine Rechtsvorschrift zum Ausgleich der Beitragsausfälle zu schaffen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 242 Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag solange nicht erhöhen dürfen, wie ihre Betriebsmittel einschließlich der Rücklage eine Monatsausgabe überschreiten.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1, Nr. 10 bis 12 des Gesetzentwurfs, der sich mit der zwangsweisen Abschmelzung der Betriebsmittel und der damit einhergehenden erzwungenen Beitragssatzabsenkung befasst.

Schon an dieser Stelle ist anzumerken, dass vor Eingriffen des Gesetzgebers in die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen die Kosten der angekündigten weiteren Reformen (z. B. für Pflegepersonal) zunächst seriös abgeschätzt werden müssen. Etwaige Eingriffe müssen zwingend flankiert werden mit einer zeitgleichen Reform des Morbi-RSA. Ansonsten werden sich die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen bei den Krankenkassen weiter verschärfen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Die Regelung setzt die Vorgabe, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Krankenversicherungsbeiträge auch aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitragsatz zur Hälfte zu tragen haben, um.

Zu b)

Die Änderung bewirkt, dass auch bei Beschäftigungsverhältnissen innerhalb der sog. Gleitzone (versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt zwischen 450,01 Euro und 850,00 Euro) der Arbeitgeber die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrages zu tragen hat.

Stellungnahme vdek

Zu a)

Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Die Formulierungen tragen den Erfordernissen eines nachvollziehbaren Gesetzesbefehls Rechnung. In § 249 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird dies durch die Neuformulierung „tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur Hälfte“ erreicht. Denn die Zusatzbeiträge werden nach dem Arbeitsentgelt bemessen, zudem sieht § 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V vor, dass Zusatzbeiträge auch als Beiträge im Sinne der maßgeblichen Rechtsvorschriften gelten.

Zu b)

Entsprechendes gilt für die Änderungen im Bereich der Gleitzonebeschäftigten (§ 249 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass außerhalb der Beitragstragung der Arbeitnehmer und der Rentner (siehe Artikel 1, Nr 8. des Gesetzentwurfs) noch eine weitere Änderung notwendig ist und zwar bei den nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversicherten selbständigen Künstlern und Publizisten.

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Artikel 3 – Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes – eingefügt

Änderung des § 16 KSVG:

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Wort „Zusatzbeitrages“ das Wort „halben“ eingefügt.

Begründung:

Mit der Einfügung des Wortes „halben“ wird erreicht, dass der Künstler nur noch den halben (kassenindividuellen) Zusatzbeitrag an die Künstlersozialkasse einzahlen muss. Auf diese Weise wird in Verbindung mit § 251 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Parität auch für diesen Personenkreis hergestellt.

Die Änderung müsste zum 1.1.2019 in Kraft treten. Eine ergänzende Anpassung des jetzigen Artikels 2 wäre notwendig.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Die Regelung setzt die Vorgabe der paritätischen Beitragstragung in der Krankenversicherung auch für den Bereich der versicherungspflichtigen Rentner um.

Zu b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Parität bei Rentnern für die Sondergruppe der beitragsfreien Waisenrentner, für die die Rentenversicherungsträger seinen Beitragsanteil zu zahlen hat.

Stellungnahme vdek

Die Änderung in § 249a SGB V dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Rentner aus.

Bei der Sondergruppe der beitragsfreien Waisenrentner (§ 249a Satz 2 SGB V) wird durch die Streichung des Satzteils „nach dem allgemeinen Beitragssatz“ erreicht, dass trotz der Beitragsfreiheit des Waisenrentners der weiterhin vom Rentenversicherungsträger zu zahlende Beitragsanteil auch den halben Zusatzbeitrag umfasst.

Die Regelungen sind sachgerecht. Allerdings fehlt eine Ergänzung des SGB VI, denn freiwillig versicherte Rentner haben Anspruch auf Beitragszuschuss nach § 106 SGB VI. Dieser Zuschuss wäre ergänzend auch auf den halben Zusatzbeitrag zu leisten.

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Artikel 2 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – eingefügt.

§ 106 wird wie folgt geändert:

- a) in Absatz 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Worte „zuzüglich des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt.*
- b) in Absatz 3 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Worte „zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V eingefügt“.*

Begründung:

Der Änderungsvorschlag zu § 106 Absatz 2 SGB VI dehnt die Zuschusspflicht auf den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag aus.

Die Änderung zu Absatz 3 betrifft privat versicherte Rentner. Im Zuge der Gleichbehandlung ist auch deren Zuschuss um einen Anteil zu erhöhen. Insofern ist der halbe durchschnittliche Zusatzbeitrag maßgebend.

Die Änderungen müssten zum 1.1.2019 in Kraft treten. Eine Anpassung des jetzigen Artikels 2 wäre notwendig.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer wird auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V ausgedehnt.

Stellungnahme vdek

Nach den gesetzlichen Vorgaben sollen privat versicherte Arbeitnehmer gleichbehandelt werden mit den in der Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten. Deshalb ist es konsequent, wenn im Zuge der Wiedereinführung der Parität in der GKV der Arbeitgeberzuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer auch nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit bemessen wird. Eine Überzahlung kann nicht entstehen, denn der Beitragszuschuss ist letztlich auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden PKV-Beitrags begrenzt.

Die gewählte Formulierung könnte jedoch so ausgelegt werden, dass nicht der halbe, sondern der volle durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für die Berechnung des Beitragszuschusses herangezogen wird. Die Neuregelung sollte daher entsprechend ergänzt werden.

Eine Anpassung der Regelungen zum Beitragszuschuss für freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer ist nicht notwendig, weil der jetzige Wortlaut auch für

die ab 1.1.2019 geltende Rechtslage einschlägig ist und den kassenindividuellen Zusatzbeitrag berücksichtigen wird.

Änderungsvorschlag

In § 257 Absatz 2 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 241“ die Wörter *„zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a“* eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 260 Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Die in der Regelung vorgesehene, zwingende Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen der Krankenkassen soll innerhalb von drei Jahren vom 1,5-fachen einer Monatsausgabe auf eine Monatsausgabe reduziert werden. Auf Antrag einer Krankenkasse kann die Aufsichtsbehörde die Frist um zwei Jahre verlängern. Die Aufsicht kann eine höhere Obergrenze bei kleinen Krankenkassen unter 50.000 Mitgliedern zulassen.

Stellungnahme vdek

Zu der Bewertung der Änderungsvorhaben zu den §§ 260, 261 und 271 (Nr. 10 bis 12) wird zunächst auf die Bemerkungen zu § 242 (vgl. Nr. 6) verwiesen.

Zu der Einzelschrift des § 260 ist Folgendes anzumerken.

Die vorgesehene Betriebsmittelobergrenze wird vom vdek kritisch bewertet. Durch die gesetzliche Vorgabe einer festen Obergrenze für die Mittel der Krankenkassen wird der Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung zu Gunsten einer verstärkten staatlichen Steuerung und eines Ausbaus der Aufsichtsrechte über die Krankenkassen und ihrer Verbände weiter begrenzt. Verwaltungsräte, zusammengesetzt aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern, die in Sozialwahlen von den Versicherten und den Arbeitgebern gewählt wurden, sind demokratisch ausreichend legitimiert, die Kontrolle über das Vermögen von Krankenkassen auszuüben.

Der Abbau der Mittel wird die Unterschiede zwischen den Kassenarten weiter verschärfen und zu Verzerrungen im Wettbewerb führen, da hohe Mittelbestände vorwiegend bei den Krankenkassen vorhanden sind, die bislang besonders stark vom Morbi-RSA profitiert haben. Dadurch werden die bestehenden Wettbewerbsvorteile weiter ausgebaut.

Ein alleiniger Abbau der Kassenrücklagen, ohne die finanzielle Ungleichbehandlung im Verteilmechanismus des Morbi-RSA anzugehen, führt zu weiteren, erheblichen Verzerrungen.

Änderungsvorschlag

Sollte der Abbau der Kassenrücklagen weiterhin politisch gewollt sein, muss eine Reform des Morbi-RSA gleichzeitig umgesetzt werden. Sie können nicht getrennt voneinander wirksam werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 261 Rücklage

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgewirkung der Änderungen des § 260.

Durch die Streichung der Obergrenze für Rücklagen ist die bisherige Regelung entbehrlich. Die in § 260 vorgesehene Obergrenze ist in der Gesamtschau mit der Regelung in § 261, der die besonderen Grenzwerte für die Rücklagen bestimmt, als Obergrenze der Betriebsmittel einschließlich der Rücklagen zu verstehen. Dies wird nun im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 13. Mai 1982– 8 RK 30/81) in § 260 klargestellt und eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Stellungnahme vdek

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 10, § 260 Betriebsmittel.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 271 Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt.

Eine Obergrenze ist bislang gesetzlich nicht geregelt, vielmehr darf die Liquiditätsreserve lediglich eine Mindestreserve von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht unterschreiten.

Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre,

sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung entspricht weitgehend einer Forderung des vdek und wird begrüßt. Eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds kann so vermieden und die Mittel können den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188

Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 323 Absatz 1 bis 5 SGB V neu

Die Vorschrift befasst sich in den ersten fünf Absätzen mit einer Bestandsbereinigung bei freiwilligen Mitgliedschaften, die im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) begründet wurden, bei denen aber zu vermuten ist, dass die oAV nicht hätte begründet werden dürfen. Hier wird die Problematik der oAV für sog. Saisonarbeiter aufgegriffen, im Kontext der Neuregelungen der oAV nach § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V und des Endes der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 SGB V. Die Bestandsbereinigung ist richtigerweise aber nicht auf Saisonarbeiter beschränkt.

Der Regelung liegt die Annahme zugrunde, dass die in den letzten Jahren stark gestiegenen Beitragsrückstände bei den Krankenkassen weitestgehend auf das Zusammenwirken der oAV und deren Einstufung zum Höchstbeitrag zurückzuführen ist. Die Begründung einer freiwilligen Versicherung über die oAV soll sich daher zukünftig auf Fälle des geklärten Aufenthalts beschränken. Gleichzeitig sollen zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um ungeklärte „passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Freiwillige Mitgliedschaften, die durch oAV begründet wurden, wenn keine Kontaktaufnahme möglich war und weder Beitragszahlung noch Leistungsbezug vorliegen, sind aufzuheben.

Für die nach der Neuregelung ab 1.8.2013 rückwirkend aufzuhebenden Mitgliedschaften sind die erhaltenen RSA-Zuweisungen an den Gesundheitsfonds zurückzuzahlen.

Zu § 323 Absatz 6 SGB V neu

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zu den Vorschriften des § 240 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V. Danach soll die Möglichkeit der Vorlage von Einkommensnachweisen im Rahmen der nachträglichen Mitwirkung innerhalb eines Jahres nach dem Erlass des Beitragsbescheides auch auf Bestandsfälle ausgedehnt werden. Gleiches gilt für die Fälle, bei denen Anhaltspunkte bestehen könnten, dass die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschritten wird.

Stellungnahme vdek

Zu § 323 Absatz 1 bis 5 SGB V neu

Die Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V (oAV) wird begrüßt. Mit dem Entwurf wird eine Forderung der Ersatzkassen umgesetzt, zu Unrecht erhaltene Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an den Gesundheitsfonds zurückzuführen. Die seit Oktober 2017 erhobene Schlüsselzahl 10220 der Statistik KM1 zeigt, dass die Anzahl der nach § 288 Absatz 4 SGB V Versicherten in der der GKV extrem ungleich verteilt ist. So melden die Ersatzkassen von insgesamt 510.240 Versicherten nur 58.287 und damit nur etwa ein Drittel ihres Marktanteils¹. In Anbetracht der voraussichtlich erheblichen wettbewerblichen Auswirkungen ist der Aufwand einer Bestandsbereinigung gerechtfertigt. Die Regelungen des § 323 Absatz 1 bis 5 SGB V sind zur Erreichung der Zielsetzung geeignet.

Allerdings sollten einzelne Regelungen eindeutiger gefasst werden, um das gewünschte Ergebnis und die zeitliche Umsetzbarkeit zu sichern. Insbesondere sollte eine Leistungsanspruchnahme durch das Mitglied oder seiner familienversicherten Angehörigen nur dann zum Ausschluss dieses Mitgliedschaftsverhältnisses von der Grundbereinigung führen, wenn es sich um eine persönlich zuordenbare Leistung, nicht um eine Umlage oder ein kontaktunabhängiges Honorar (z. B. Kopfpauschale für Ärzte) handelt. Denn solche Ausgaben erfüllen nicht den gesetzten Zweck, als Anscheinsbeweis für eine existierende und gelebte Mitgliedschaft zu gelten. Zudem sollte geregelt werden, dass neben den laufenden "passiven" Mitgliedschaften auch inzwischen bereits beendete Mitgliedschaften zu prüfen und ggf. rückabzuwickeln sind.

Eine Ergänzung des Absatzes 2 ist erforderlich, damit nicht nur die obligatorischen Anschlussversicherungen ab Beginn der Mitgliedschaft aufgehoben werden, bei denen ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes ab Beginn nicht festgestellt werden kann, sondern auch die Mitgliedschaften beendet werden, bei denen ein solcher Tatbestand erst später – im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft – erfüllt wird.

¹ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Maerz_2018_2.pdf, Abgerufen am 02.05.2018

Die Ermittlung eines Korrekturbetrags in § 323 Absatz 5 SGB V sollte sich nicht ausschließlich auf die Korrektur der Mitgliedschaftszeiten beschränken. Eine Bereinigung ungerechtfertigter Zuweisungen muss sich auch auf die Mittel des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V beziehen. Für ungerechtfertigt begründete und aufzuhebende Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 sind erhaltene Beträge an den Gesundheitsfonds zurückzuführen.

Eine Prüfung der Bestandsbereinigung sollte einheitlich durch das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde durchgeführt werden. § 273 SGB V ist dafür die geeignetere Grundlage als § 274 SGB V, der eher auf Verfahrensverbesserung und Wirtschaftlichkeitsaspekte abzielt und keine finanziellen Sanktionen, sondern eher Hinweise für die geprüften Krankenkassen vorsieht. Die durch die Grundbereinigung erzielten Mittel werden hingegen zunächst zu Einnahmen des Gesundheitsfonds. Die Vorschrift des § 273 SGB V dient ausdrücklich der „Sicherung der Einnahmen des Gesundheitsfonds“ einschließlich der auch im Referentenentwurf vorgesehenen Ermittlung von Korrekturbeträgen zur Erreichung dieses Ziels.

An der Verfahrensbestimmung nach Absatz 3 sollte auch der GKV-SV beteiligt werden.

Zu § 323 Absatz 6 SGB V neu

Die Übergangsregelung des § 323 Absatz 6 SGB V (neu) gehört zu dem Gesamtkonzept Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen. Der damit einhergehende Aufwand der Krankenkassen, die infrage kommenden Mitgliedschaftsverhältnisse anzuschreiben und auf die Möglichkeit der Nachreichung der Einkommensunterlagen hinzuweisen, ist hinnehmbar.

Änderungsvorschlag

§ 323 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 begründet wurden, sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten innerhalb von sechs Monaten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen persönlich zuordenbare Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraussetzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 5 sinngemäß anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden; dies gilt auch, wenn die Mitgliedschaft zwischenzeitlich aus anderen Gründen beendet wurde. Den Umfang und die zeitliche Abfolge der Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Grundsätze; § 217f Absatz 3 SGB V gilt entsprechend.“

In Absatz 3 werden vor das Wort „Leistungen“ die Worte „*persönlich zuordenbare*“ gesetzt.

In Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„Der Korrekturbetrag beinhaltet auch aufzuhebende Zuweisungen des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V.“

Absatz 4 wird wie folgt ergänzt:

„Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit den Prüfungen nach § 274 befassten Stellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist anzuhören.“

Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die mit der Prüfung nach § 273 befasste Stelle überprüft nach Abschluss der Bestandsbereinigung in einer Sonderprüfung, ob die Vorgaben nach Absatz 1 und 2 eingehalten worden sind, und teilt dem Bundesversicherungsamt und der Krankenkasse das Ergebnis ihrer Prüfung mit.“

In Absatz 5 wird folgender Satz 6 ergänzt:

„ Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.“

In Absatz 6 werden die Worte „*Satz 3 und 5*“ durch „*Satz 3 und 4*“ ersetzt. Die Änderung ist erforderlich wegen der geforderten Streichung des § 240 Absatz 1 Satz 4 (neu).

Artikel 2 (Inkrafttreten)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Entsprechend Absatz 2 treten alle Vorschriften, die sich mit der Wiedereinführung der Parität befassen, am 1.1.2019 in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt soll auch die Streichung des Nichthauptberuflichkeitsprivilegs von Tagespflegepersonen entfallen. Ebenso treten die Regelungen zur Beitragsbemessung für Selbstständige zu diesem Zeitpunkt in Kraft.

Alle anderen Regelungen werden nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt wirksam.

Stellungnahme vdek

Das Wirksamwerden der Vorschriften zur Parität zum 1.1.2019 ist sachgerecht, da die beitragszahlenden Stellen einen ausreichenden Vorlauf brauchen, um die Entgeltabrechnungssoftware usw. anzupassen. Insoweit ist diese Regelung nicht den Abläufen bei den Krankenkassen geschuldet.

Im Übrigen wird angeregt, das Inkrafttreten nach Absatz 1 auf den ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats zu verlegen, das würde die Umsetzung vereinfachen.

Änderungsvorschlag

Werden die Änderungen zum SGB VI und zum KSVG übernommen (vgl. Nr. 7 und Nr. 8) wird aus Artikel 2 Artikel 4. Zudem müsste Absatz 2 des Artikels um Artikel 2 (neu) und Artikel 3 (neu) ergänzt werden.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Nr. 1:

Übernahme rückständiger KV- und PV-Beiträge durch die Leistungsträger nach dem SGB II oder Träger der Sozialhilfe (§ 256b SGB V neu)

Sachverhalt

Dem Grunde nach bestehen aktuell Regelungen zur Beitragsübernahme durch den zuständigen Sozialleistungsträger (§ 26 SGB II, §§ 32, 32a SGB XII). Zwar wurde beispielsweise in § 32a SGB XII geregelt, dass die Beiträge als Bedarf anzuerkennen und vom Träger der Sozialhilfe direkt an die Krankenkasse zu zahlen sind, allerdings nur in den Fällen, in denen der Versicherte einen Antrag auf Hilfen nach dem SGB XII gestellt hat. Sofern – was in der Praxis häufig vorkommt – Beitragsrückstände bestehen, jedoch vom Versicherten kein Antrag auf Übernahme der Beiträge gestellt wurde, bleibt die Beitragszahlung offen.

Die Kassen haben kein eigenes Antragsrecht. Sie sind nicht aktivlegitimiert. Deshalb ist eine Regelung erforderlich, die zur Übernahme der Beitragszahlung führt, sofern der Versicherte keinen Antrag beim zuständigen Leistungsträger stellt. Dies gilt analog auch für den Fall der Anwendung des § 26 SGB II.

Die sich nach dem Vorschlag ergebende Verpflichtung zur Übernahme der Beitragszahlung entsteht, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch erfolglos geblieben sind und ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a SGB V ohne Anwendung von Satz 4 dieser Vorschrift eintreten würde.

Vorschlag

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach § 256a wird folgender § 256b eingefügt:

„Bei Beitragsrückständen des Mitglieds kann die Krankenkasse die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen. Die Voraussetzungen für die Beitragsübernahme sind bereits dann erfüllt, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch erfolglos waren. Beitragsrückstände einschließlich darauf entfallender Säumniszuschläge und Gebühren sollen übernommen werden, wenn ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a ohne Anwendung des Satzes 4 der Vorschrift eintreten würde. Die Beitragsübernahme nach Satz 1 und 2 umfasst sowohl die laufenden als auch die rückständigen Beiträge.“

Nr. 2:

Beitragspflicht bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen und sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen
(§ 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2, § 240 SGB V)

Sachverhalt

Das geltende Recht sieht für Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland und von Versorgungsbezügen ausdrücklich die Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. Diese Einnahmen werden hiernach zeitlich den Monaten zugeordnet, für die sie nachgezahlt werden. Dies gilt auch dann, wenn die Beiträge außerhalb des Beitragsabzugsverfahrens durch den Rentenversicherungsträger oder durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge direkt von der Krankenkasse durch Bescheid erhoben werden.

Die faktische Umsetzbarkeit der Beitragserhebung durch die Krankenkassen scheidet allerdings immer dann, wenn Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen auf einen Zeitraum entfallen, der bereits durch einen vorangegangenen Verwaltungsakt über die festgesetzte Beitragshöhe (Beitragsbescheid) abschließend geregelt ist. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil vom 21. September 2005 – B 12 KR 12/04 R –, USK 2005–25, mit dem Hinweis auf den Vorrang des Verwaltungsverfahrensrechts zur rückwirkenden Aufhebung der Beitragsbescheide (hier: § 48 SGB X) gegenüber dem materiellen Recht ausdrücklich festgehalten.

Eine vergleichbare Problematik ergibt sich für Nachzahlungen der Bezüge von freiwillig versicherten aktiven Beamten, für die ebenfalls die Heranziehung zur Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung der Einkommensverhältnisse – und somit rückwirkend – vorgesehen ist.

Vorschlag

Aus Sicht der Ersatzkassen ist dem Beitragsanspruch Vorrang vor verfahrensrechtlichen Belangen einzuräumen. Deshalb bedarf es einer gegenüber dem § 48 SGB X vorrangigen Sonderregelung im Geltungsbereich des SGB V, die eine Aufhebung von Beitragsbescheiden mit Wirkung für die Vergangenheit der Beitragspflichtigen anordnet, soweit die Beitragspflicht auf die Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland, von Versorgungsbezügen und Beamtenbezügen entfällt. Vorbilder dazu gibt es bereits, vgl. § 168 Absatz 2 Satz 1 SGB VII oder die frühere Regelung im Leistungsrecht der Arbeitslosenhilfe (§ 330 Absatz 3 Satz 2 SGB III in Verbindung mit § 200 Absatz 3 SGB III in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung). Alternativ könnte eine unmittelbare Anpassung des § 48 Absatz 1 SGB X erwogen werden.

Aus Sicht des vdek wäre folgende Lösung zu präferieren:

Dem § 240 Absatz 2 SGB V werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

„Die Krankenkasse teilt dem beitragspflichtigen Mitglied den von ihm zu zahlenden Beitrag schriftlich mit. Der Beitragsbescheid ist für die Vergangenheit zuungunsten des Mitglieds aufzuheben, wenn rückwirkend ein Anspruch auf beitragspflichtige Einnahmen entsteht, insbesondere in den Fällen des § 228 Absatz 2 und des § 229 Absatz 2.“

Der neue Satz 6 beschreibt die Tatsache, dass die Krankenkasse ohnehin einen Beitragsbescheid zu erteilen hat. Der Folgesatz 7 setzt den eigentlichen Vorschlag um, dass Nachzahlungen von beitragspflichtigen Einnahmen auch zur rückwirkenden Beitragspflicht führen. Als Folge davon ist der ursprüngliche Beitragsbescheid, der zu einem Zeitpunkt erteilt wurde, an dem die beitragspflichtige Einnahme noch nicht berücksichtigt werden konnte, nachträglich aufzuheben. Auf diesem Wege kann die Intention des Beitragsrechts umgesetzt werden. z. B. Nachzahlungen aus Renten und Versorgungsbezügen beitragsrechtlich den Monaten zuzuordnen für die sie bestimmt sind. Ferner wird erreicht, dass die entstehende Beitragsforderung auch (nachträglich) geltend gemacht werden kann.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
politik@vdek.com