

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(1)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
25.9.2018

AOK
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 08.10.2018

**Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG)
Bundestags-Drucksache Nr. 19/4454**



AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	- 3 -
II. Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfs	- 7 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 7 -
Nr. 1 § 16 Abs. 3b SGB V Leistungsruhen	- 7 -
Nr. 2 § 171b SGB V Insolvenz von Krankenkassen.....	- 8 -
Nr. 3 § 171e SGB V Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen.....	- 9 -
Nr. 4 § 188 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	- 11 -
Nr. 5 § 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	- 12 -
Nr. 6 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	- 13 -
Nr. 7 § 242 SGB V Zusatzbeitrag	- 14 -
Nr. 8 § 260 SGB V Betriebsmittel	- 15 -
Nr.9 § 261 SGB V Rücklagen.....	- 17 -
Nr. 10 § 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	- 18 -
Nr. 11 § 271 SGB V Gesundheitsfonds	- 19 -
Nr. 12 § 323 neu SGB V Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4	- 20 -
Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 26 -
Nr. 1 § 9 SGB V Freiwillige Versicherung	- 26 -
Nr. 2 § 10 SGB V Familienversicherung	- 27 -
Nr. 3 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	- 28 -
Nr. 4 § 248 Satz 2 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	- 29 -
Nr. 5 § 249 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	- 30 -
Nr. 6 § 249a Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 31 -
Nr. 6 § 249a Abs. 1 Satz 2 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 32 -
Nr. 7 § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte	- 33 -
Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	- 34 -
§ 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung	- 34 -
Artikel 13 Inkrafttreten	- 35 -

I. Vorbemerkung

Die Absicht des Gesetzes, die Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten finanziell zu entlasten und Beitragsschulden abzubauen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings beinhaltet der vorliegende Gesetzentwurf auch einige kritische Punkte.

Im Gesetzentwurf sind folgende Themenbereiche aufgeführt:

- Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige
- Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden
- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler sowie die zügige Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf Basis der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats
- Altersrückstellungen der Krankenkassen.

Die AOK-Gemeinschaft befürwortet einen Teil der vorgelegten Regelungen. Insbesondere die Regelungen zur Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung, zur Aktienquote, zur Beitragsbemessung für Selbstständige und Weiterentwicklung des Morbi-RSA auf Basis der Sondergutachten entsprechen grundsätzlich den Forderungen der AOK-Gemeinschaft. Andere Vorhaben, wie die Regelungen zur Abschmelzung der Finanzreserven sowie zur rückwirkenden Abwicklung von obligatorischen Anschlussversicherungen, beurteilt die AOK-Gemeinschaft hingegen kritisch.

1. Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Mitglieder und deren Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger den kassenindividuellen Zusatzbeitrag künftig hälftig finanzieren. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass bei der Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes grundsätzlich an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

2. Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige ist zu begrüßen. Die Anpassung der gesetzlichen Vorgaben an die reale Einkommenssituation der Selbstständigen führt zu einer notwendigen finanziellen Entlastung und leistet damit einen wichtigen Beitrag zum Abbau und zur Vermeidung von künftigen Beitragsschulden. Um eine größere Einheitlichkeit im Beitragsrecht herzustellen und Verwaltungsaufwände zu verringern, sollte aber eine Absenkung auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgenommen werden (Mindestbemessungsgrundlage für die Gruppe der freiwilligen GKV-Mitglieder).

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Vor dem Hintergrund der wachsenden Beitragsrückstände in der GKV sind Maßnahmen, die dieser Entwicklung entgegenwirken sollen, zwingend notwendig.

Es ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf diese Thematik aufgreift. So ist die Beendigung bzw. Nichteröffnung von obligatorischen Anschlussversicherungen (OAV) bei fehlendem Kontakt, Nichtzahlung von Beiträgen und keiner Leistungsanspruchnahme zur Vermeidung von Beitragsrückständen zielführend. Es

spricht auch nichts gegen eine rückwirkende Korrektur für noch nicht abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre.

Allerdings ist auf die geplante Rückwirkung für abgeschlossene Ausgleichsjahre zu verzichten. Die Bereinigung der finanziellen Zuweisungen für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine verfassungsrechtlich unzulässige Rückwirkung von Rechtsfolgen (echte Rückwirkung) dar. Deshalb wird eine Rückabwicklung für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre abgelehnt. Ziel der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung war es, den Versicherungsschutz in Deutschland lückenlos sicherzustellen. Die Krankenkassen haben sich gesetzeskonform verhalten und waren verpflichtet, diese obligatorischen Anschlussversicherungen zu eröffnen. Sie müssen auf geltende Regelungen vertrauen können, denn sonst entsteht Rechtsunsicherheit. Der Gesetzgeber muss hier für Verlässlichkeit sorgen und sollte somit auf die Rückabwicklung für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre verzichten.

Des Weiteren sind mit der Rückabwicklung und der damit verbundenen Bereinigung bereits erfolgter finanzieller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die jeweilige Krankenkasse auch erhebliche Durchführungsrisiken verbunden.

Sollte an der rückwirkenden Bereinigung ab dem 01.08.2013 festgehalten werden, muss eine gleiche Ausgangslage für alle Krankenkassen sichergestellt werden. Einige Krankenkassen haben entgegen der sich aus den gesetzlichen Regelungen ergebenden Vorrangigkeit der OAV sowie den eindeutigen Auslegungshinweisen des GKV-Spitzenverbandes statt einer OAV eine Antragsversicherung nach § 9 SGB V eröffnet. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Bestandsbereinigung im GKV-Versichertenentlastungsgesetz begrenzt sich ausschließlich auf die nach den OAV-Regelungen zustande gekommenen Versicherungsverhältnisse. Eine mögliche Bestandsbereinigung muss daher zwingend auch die Antragsversicherungen nach § 9 SGB V umfassen, dies muss in §323 aufgenommen werden. Nur so kann eine Gleichbehandlung aller Krankenkassen ohne Wettbewerbsverzerrung erreicht werden.

Setzt man die Rückabwicklung wie geplant um, könnte dies das Ziel der Reduzierung von Beitragsschulden konterkarieren. Im Zusammenhang mit obligatorischen Anschlussversicherungen entsteht nicht nur für das Mitglied selbst ein Versicherungsverhältnis, es können gleichermaßen auch beitragsfreie Familienversicherungen entstehen. Die geplanten Maßnahmen zur Rückabwicklung hätten ggf. zur Folge, dass Familienangehörige rückwirkend in eine eigene OAV-Mitgliedschaft überführt werden müssten. Damit würden zwangsläufig auch rückwirkend Beitragsforderungen entstehen.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Um die geplante finanzielle Entlastung der Beitragszahler zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf mehrere Reformmaßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Auch wenn die Zielsetzung einer Entlastung der Beitragszahler begrüßenswert ist, so sind die hierfür vorgesehenen Maßnahmen zu hinterfragen.

So ist es zunächst zu begrüßen, dass überschüssige Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die eine Höchstgrenze von 50 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten, an die Beitragszahler zurückgegeben werden sollen.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsni-

veau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristigen finanzstrategischen und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt. Zwar ist positiv hervorzuheben, dass der Mechanismus zum Abschmelzen der Reserven nun erst ab dem 01.01.2020 greifen soll, dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Ablehnung des AOK-Systems an der vorgeschlagenen Regelung.

5. Zeitliche Fixierung der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Das AOK-System spricht sich grundsätzlich für eine zeitnahe Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus und begrüßt ausdrücklich, dass er auf Basis der beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats optimiert werden soll. Auch die zeitliche Fixierung auf den 31.12.2019 ist positiv zu bewerten. Die Verknüpfung der Reservenabschmelzung an eine Reform des Morbi-RSA ist hingegen kritisch zu sehen. Hier werden zwei unterschiedliche Zielstellungen miteinander verknüpft: Der Morbi-RSA hat zum Ziel, Risikoselektion zu verhindern und Wirtschaftlichkeitsanreize zu setzen. Das Abschmelzen von Reserven hat zum Ziel, Beitragszahler zu entlasten. Eine Verknüpfung dieser beiden Regelungsinhalte ist daher nicht notwendig und abzulehnen.

Das AOK-System spricht sich statt einer Verknüpfung regelungsfremder Sachverhalte für eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus. Eine wissenschaftlich fundierte Überarbeitung des Morbi-RSA kann dabei stets nur zum Ziel haben, Risikoselektion zu verhindern und die Zuweisungen auf Ebene der Versicherungsträger zielgenauer zu gestalten – das sichert fairen Wettbewerb. Der Wissenschaftliche Beirat hat hierfür geeignete Lösungsvorschläge vorgelegt. Beide Sondergutachten des Beirats bilden die Grundlage für die anstehende Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten insbesondere folgende Vorschläge umgesetzt werden:

- die Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA
- die Berücksichtigung des Alters der Versicherten bei den Morbiditätszuschlägen (Altersinteraktionsterme)
- die Nutzung des Erwerbsminderungsstatus als Merkmal zur Schweregradifferenzierung
- die Vorschläge des Beirats zur Stärkung der Manipulationsresistenz, wie z.B. Vertragsregister und Kodierrichtlinien. Ergänzt werden sollten diese aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch um ein stärkeres Prüfrecht des BVAs.

Durch die Umsetzung dieser Vorschläge wird die bestehende Überdeckung bei gesunden Versicherten abgebaut und Risikoselektion zu Lasten kranker Menschen reduziert. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich für diese Vorschläge aus, auch wenn sie hierdurch finanziell belastet wird.

Der Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede ist dagegen kein Selbstzweck. Vielmehr muss die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Ebene der Versicherten und Versicherungengruppen erhöht werden. Deshalb ist die versichertenindividuelle Einbeziehung der bislang nicht berücksichtigten Morbiditätsfaktoren zu prüfen.

Ob und inwieweit regionale Deckungsunterschiede überhaupt Risikoselektionsanreize darstellen, wird von den Gutachtern hingegen nicht untersucht. Sie erbringen keinen Nachweis, dass regionale Risikoselektion als praxisrelevantes Phänomen besteht. Ihre Annahme, dass ein Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede erforderlich ist, ist damit nicht belegt. Regionalstatistische Merkmale sind daher keine sachgerechte Ergänzung des Morbi-RSA. Sie zementieren bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung und setzen damit Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit. Aus gleichem Grund sind auch IST-Ausgaben-Ausgleiche und Deckungsbeitragscluster-Ausgleiche von der Morbi-RSA-Weiterentwicklung auszuschließen.

6. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Die beabsichtigte Neuregelung für Altersrückstellungen statt einer 10- eine 20-prozentige Aktienquote vorzusehen, wird aus AOK-Sicht ausdrücklich begrüßt. Die AOK-Gemeinschaft hat sich bereits seit Langem dafür ausgesprochen, die Aktienquote zu erhöhen und eine Angleichung an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes herzustellen. Eine Ausweitung der Anlageformen wird als notwendig erachtet, weil in dem möglichen Anlagespektrum zum einen im Umfeld der Niedrigzinsphase Negativzinsen gezahlt werden müssen und zum anderen sich durch die EZB-Aufkaufprogramme die Anlagemöglichkeiten verknappen.

II. Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 16 Abs. 3b SGB V Leistungsruhen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen Mitglieder mit Beitragsrückständen darauf hinweisen, dass im Falle der Hilfsbedürftigkeit die Beiträge durch die Sozialhilfeträger oder Jobcenter übernommen werden können.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Sie entspricht schon jetzt der gängigen Praxis der AOKs.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 171b SGB V Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis in Absatz 6 Satz 2 wird geändert.

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 8.

C Änderungsvorschlag

Keiner

(Der Verweis in der Gesetzesbegründung sollte angepasst werden [„Nummer 8“ statt „Nummer 14“].)

Nr. 3 § 171e SGB V Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

B Stellungnahme

Mit der Änderung wird die Mindestforderung der AOKs erreicht, dass die Krankenkassen bei den Altersrückstellungen in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes eine gleich hohe Aktienquote nutzen können, wie es in dem Versorgungsrücklagegesetz zwischenzeitlich festgelegt ist.

Durch die Beimischung der Aktienanlage können insbesondere vor dem Hintergrund einer langfristigen Anlage höhere Erträge erzielt und das Anlageportfolio weiter diversifiziert werden. Gleichzeitig verbindet der Gesetzgeber die Begrenzung von Verlustrisiken damit, dass die Aktienanlage im Rahmen eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements erfolgen soll.

Die Argumente „mittelfristig höhere Renditen“ und „begrenzttes Risiko bei Aktienanlagen“ vor dem Hintergrund des „mittel- und langfristigen Anlagehorizontes“ gelten ebenfalls im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Allerdings kann aus Risikogesichtspunkten, die Aktienanlagen nur im Rahmen eines „passiven, indexorientierten Anlagemanagements“ zuzulassen, der Aussage nicht uneingeschränkt zugestimmt werden, was sich auch durch die Entwicklung sogenannter „ETFs“ in den letzten Jahren belegen lässt. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfoliomanagement Zusatzerträge generiert bzw. in Zeiten sinkender Kurse Verluste begrenzt werden. Dies ist bei der aktiven Aktienanlage dadurch möglich, dass der Fondsmanager Branchen bzw. Einzelwerte entsprechend über- bzw. untergewichten kann. Weiterhin können bestimmte Aktien ausgegrenzt werden, um z. B. Nachhaltigkeitskriterien zu erfüllen. Aus diesem Grund heraus sollte eine Festlegung nur auf „passive, indexorientierte“ Aktienanlagen unterbleiben und in der Beschreibung die Bezeichnungen Anlage in „Aktien oder Aktienfonds“ verwendet werden.

Darüber hinaus sollten im Anlagekatalog folgende Themen aufgenommen werden:

Neben EUR-denominierten Anlagen sollten auch Anlagen in anderen Währungen ermöglicht werden, wenn diese entsprechend mit Währungsabsicherungen versehen sind.

Darüber hinaus empfehlen sich Veränderungen/Anpassungen im § 83 SGB IV. Die Anlagen nach dem SGB IV sollten auch regional erweitert werden. So bietet sich eine regionale Öffnung über den EU-/EWR-Raum hinaus an und es sollten Anlagen im OECD-Raum möglich sein. Im OECD-Raum befinden sich einige Länder, die eine weit aus bessere Bonität oder Rating gegenüber einzelnen EU-/EWR-Ländern ausweisen.

Weiterhin würde sich u. a. eine Ausweitung der Anlageformen auf z. B. europäische/deutsche Infrastrukturprojekte anbieten.

C Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sollte der Regelungsentwurf zu § 171e SGB V daher wie folgt gefasst werden:

„(2a) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig ist. Ein höherer Anlageanteil in Aktien oder Aktienfonds ist zulässig, wenn dies in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung vereinbart ist. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Der Paragraph § 83 SGB IV - Anlegung der Rücklage – sollte wie folgt ergänzt werden:

„(4) Den Staaten der Europäischen Gemeinschaften in den Absätzen 1 und 2 stehen die Staaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die Schweiz und den Mitgliedsstaaten der OECD gleich.“

Nr. 4 § 188 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

Mit dieser Neuregelung ist vorgesehen, dass obligatorische Anschlussversicherungsverhältnisse für die Versicherten nicht eröffnet werden dürfen, für die die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland ermitteln kann. Ergänzend werden noch redaktionelle Änderungen in den Unterbuchstaben AA) bis CC) vorgenommen.

Buchstabe b):

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, einheitliche Vorgaben zu den Ermittlungspflichten in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erstellen, so dass eine weitestgehend gleichgelagerte Vorgehensweise der Krankenkasse erreicht wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Sie stellt sicher, dass freiwillige Mitgliedschaften nicht eröffnet werden, solange weder Wohnsitz noch gewöhnlicher Aufenthalt ermittelt werden können. Die genaueren Anforderungen an den Begriff „Ermittlungsmöglichkeiten“ zum Wohnsitz durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem BMG festlegen zu lassen, entspricht der AOK-Forderung anlässlich des Anhörungsverfahrens und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Die freiwillige Mitgliedschaft bekommt einen neuen Beendigungsgrund bei Kontaktabbruch zum Mitglied über einen Zeitraum von sechs Monaten. Werden innerhalb dieses Zeitraums keine Leistungen vom Mitglied oder den mitversicherten Angehörigen in Anspruch genommen, keine Beitragszahlungen geleistet und kann die Krankenkasse keinen Aufenthalt im Inland ermitteln, endet die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn des Sechs-Monats-Zeitraums.

B Stellungnahme

Die Beendigung solcher Mitgliedschaften entspricht der langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft und wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung bleibt hinsichtlich der Feststellung der Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten unkonkret. Das ermöglicht Krankenkassen, die Beendigung über den Zeitpunkt der Abgabe der RSA-Korrekturmeldung der Versicherungszeiten und die Korrektur des Jahresausgleiches nach § 41 Abs. 5 RSAV hinaus die Aufenthaltsermittlung zu verschleppen und damit unrechtmäßig Zuweisungen für RSA-Versichertentage zu generieren.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c) wird ein Satz 2 ergänzt:

Die Ermittlungsmöglichkeiten gelten spätestens mit dem Vortag zur Abgabe der Datenmeldung nach § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV, die im zweiten auf das Berichtsjahr folgende Jahr zu melden ist, als ausgeschöpft.

Nr. 6 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Erweiterung des Absatzes 1 wird der bisherige Zeitraum zur Korrektur der Höchstbeiträge, die aufgrund mangelnder Mitwirkung erhoben wurden bzw. werden, von drei auf zwölf Monate ausgeweitet. Dadurch kann bei nachgeholter Mitwirkung die Beitragsbelastung an der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden.

Auch neu geregelt wird im neuen Satz 5, dass die Krankenkassen dann die Höchsteinstufung zu korrigieren haben, wenn ausreichende Anhaltspunkte vorliegen, dass die tatsächlichen Einnahmen unterhalb der Mindestbemessungsgrenze für sonstige freiwillige Mitglieder bzw. unterhalb der Mindestbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige liegen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung in Satz 4 ist nachvollziehbar. Sie bietet Personen, deren Mitwirkung erheblich verspätet erfolgt, einen sehr versichertenfreundlichen Zeitraum zur Korrektur der Beitragsfestsetzung. Die Ausweitung des Korrekturzeitraums verringert auch die Anzahl von Widerspruchsverfahren und sorgt für eine Arbeitsentlastung bei den Krankenkassen. Darüber hinaus entlastet diese Regelung die Rückstandsstatistik von fiktiven und unerfüllbaren Beitragsforderungen.

Begrüßt wird die beabsichtigte Regelung im neuen Satz 5, die insbesondere auf Personen im Sozialhilfebezug, wohnsitzlose Personen oder erkennbar wirtschaftlich nicht leistungsfähige Personen abzielt, bei denen sich das Sanktionsinstrument Beitragseinstufung in Form der Höchststufe als aussichtslos darstellt. Problematisch gesehen wird die Bewertung der einzelnen Indizien in diesem Zusammenhang. Die Vielschichtigkeit der Lebenssituationen wird dazu führen, dass die Krankenkassen nur schwer vergleichbare Entscheidungen treffen können. Die in der Gesetzesbegründung benannte Forderung nach Abstimmung einheitlicher Vorgaben durch die Krankenkassen ist insofern zu unverbindlich. Die Vermeidung sachlich nicht gerechtfertigter Ungleichbehandlungen sowie die Notwendigkeit einer hinreichenden normativen Bestimmtheit erfordert eine klare Vorgabe. Nach der Gesetzesbegründung soll die rückwirkende Korrektur der Höchsteinstufung zeitlich unbegrenzt für alle vergangenen Zeiträume gelten. Dies wird abgelehnt oder muss zumindest auf den Verjährungszeitraum von vier Jahren begrenzt werden.

C Änderungsvorschlag

Dem § 240 Abs. 1 wird ein weiterer Satz angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Anhaltspunkten für eine Korrektur der Bemessungsgrundlage.“

In der Gesetzesbegründung wird im letzten Absatz, erster Satz, der Punkt gestrichen und durch ein Komma ersetzt, gefolgt von den Worten „sofern sie den Verjährungszeitraum nach § 25 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches nicht überschreiten.“

Nr. 7 § 242 SGB V Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, die Zusatzbeiträge solange nicht anzuheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B Stellungnahme

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit den in Nr. 10 und 11 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261 und der Neudefinition einer zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven (Betriebsmittel und Rücklagen) der Krankenkassen in Höhe des 1,0-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Sowohl die Obergrenze als auch die Regelungen zum Abbau der Finanzreserven lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Somit ist auch die Folgeregelung, wonach Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht erhöhen dürfen, solange die Finanzreserven die neue Obergrenze überschreiten, abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigten Neuregelungen zu § 242 Abs. 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) sind zu streichen.

Nr. 8 § 260 SGB V Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll eine starre Obergrenze für Betriebsmittel einschließlich Rücklage der Krankenkassen eingeführt werden. Danach dürften die Betriebsmittel einschließlich Rücklage nicht mehr als eine Monatsausgabe betragen. Zugleich sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, Mittel, die diese Obergrenze übersteigen, in drei gleichen Teilen durch Senkungen des Zusatzbeitragssatzes abzubauen. In Ausnahmefällen soll eine Verlängerung um zwei Jahre ermöglicht werden. Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern sollen von dieser Vorgabe ausgenommen werden. Erfolgt der Mittelabbau nicht im Rahmen der vorgesehenen Fristen, sind die verbleibenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Nach erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds sollen die Krankenkassen bei wiederholtem Übersteigen der Finanzreserven über das 1,0-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe erneut drei Jahre Zeit haben, die Mittel abzubauen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung sieht zur Entlastung der Beitragszahler mehrere Maßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven der Krankenkassen vor.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristigen finanzstrategischen und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt.

Durch die geplanten Eingriffe würde der für die Versicherten entscheidende Wettbewerb der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung in der Folge wesentlich geschwächt. Des Weiteren werden die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen verletzt, deren zentrale Aufgabe es ist, eine mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidung zu treffen. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Stichtagsregelungen sowie die Vorgabe von starren Mechanismen (Abbau über drei Jahre in drei gleichen Schritten) bergen insbesondere am Ende der Abschmelzung die Gefahr der Notwendigkeit von erheblichen Beitragssatzsprüngen. Darüber hinaus bedarf es Kalkulationssicherheit auf der Einnahmenseite sowie flexibler Anpassungsmöglichkeiten, wenn bspw. zwischenzeitlich ausgabenintensive Gesetzesvorhaben finanzwirksam werden.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es insbesondere erforderlich, die Haushaltsplanungsautonomie der Krankenkassen zu erhalten.

Aus diesen genannten Gründen lehnt die AOK-Gemeinschaft die geplanten Änderungen in Bezug auf die neu definierte Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen sowie die Vorgaben zum Abbau der Finanzreserven ab. Generell wird außerdem eine Rückführung von Finanzmitteln von Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abgelehnt.

Für alle Krankenkassen im Wettbewerb müssen die gleichen Vorgaben gelten. Daher lehnt die AOK-Gemeinschaft die Ausnahmeregelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern ebenfalls ausdrücklich ab.

C Änderungsvorschlag

§ 260 Absatz 2, 2a, 4 und 5 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) werden gestrichen.

Nr.9 § 261 SGB V Rücklagen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neureglung wird die gesonderte Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum § 260 Abs. 2 SGB V. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Neuregelungen zu § 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) ab. Somit wird auch die Folgeregelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigen Neuregelungen zu § 261 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) sind zu streichen.

Nr. 10 § 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 260 SGB V, wobei der Abbau von Finanzreserven erst erfolgen soll, wenn die finanziellen Auswirkungen einer Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bekannt sind. Zugleich wird der zeitliche Rahmen der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit dem 31.12.2019 festgesetzt.

B Stellungnahme

Der mit dem Gesetzesentwurf vorgesehene Abbau von Finanzreserven wird abgelehnt (vgl. hierzu auch Stellungnahme zu Nr. 8, § 260 SGB V). Weiter wird eine gesonderte Koppelung an die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelehnt. Zwar ist es zutreffend, dass dies ggf. relevante finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen haben wird, allerdings bestehen auch in anderen Bereichen (z.B. Ausgabenentwicklung, Gesetzesvorhaben etc.) erhebliche finanzielle Risiken, die gleichfalls berücksichtigt werden müssen. Eine isolierte Verkürzung auf die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist nicht sachgerecht.

Losgelöst von dem mit der Neuregelung zu § 260 SGB V angestrebten Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen ist die zeitliche Fixierung der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sachgerecht und entspricht der gesetzgeberischen Tradition zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Der Wissenschaftliche Beirat hat im Rahmen seiner Gutachten Weiterentwicklungsbedarfe identifiziert, mit denen die Zielgenauigkeit auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen weiter erhöht werden kann. Richtigerweise wird daher in der Begründung darauf verwiesen, dass beide Gutachten des Wissenschaftlichen Beirat die Grundlage für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA bilden müssen. Eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf Basis der Gutachten bis zum 31.12.2019 ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Der letzte Satz der Begründung ist zu streichen („Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen“.)

Nr. 11 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird eine Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eingeführt. Die Liquiditätsreserve darf zukünftig 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht überschreiten.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dient dazu, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds auszugleichen. Durch die Einführung einer Obergrenze wird richtigerweise verhindert, dass in der Liquiditätsreserve Mittel angehäuft werden, die für die Erfüllung der Funktion der Liquiditätsreserve nicht benötigt werden. Es ist folgerichtig, dass die Mittel, die die Obergrenze überschreiten, den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 12 § 323 neu SGB V Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Mitgliedschaften bis zum 15.06.2018 dahingehend überprüfen, ob für ein Mitglied nach § 188 Abs. 4 SGB V (Obligatorische Anschlussversicherung) weder ein Wohnsitz im Geltungsbereich des SGB V noch Leistungsausgaben noch Beitragszahlungen nachgewiesen werden können. Diese Mitgliedschaften sollen rückwirkend zum Tag ihrer Begründung geschlossen werden (Bestandsbereinigung). Daran anschließend sollen die Krankenkassen die geschlossenen Mitgliedschaftszeiten im Rahmen des RSA-Verfahrens an das Bundesversicherungsamt übermitteln, welches eine Korrektur der Gesundheitsfondszuweisungen auf der Grundlage der rückwirkend geschlossenen Mitgliedschaften vornehmen soll. Die Vollständigkeit der Bestandsbereinigung und deren Meldung an das Bundesversicherungsamt sollen im Rahmen der Aufsichtsprüfung nach § 42 RSAV sanktionsbewehrt überprüft werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um inhaltliche Folgeänderungen zu den §§ 188, 191 und 240 SGB V i. d. F. GKV-VEG (GE).

Die geplante Bestandsbereinigung für abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt eine rechtlich unzulässige echte Rückwirkung da

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt ausdrücklich, dass zukünftig obligatorische Anschlussversicherungen bei fehlendem Kontakt, Nichtzahlung von Beiträgen und keiner Leistungsanspruchnahme beendet bzw. nicht eröffnet werden können. Dies entspricht unserer langjährigen Forderung. Es spricht auch nichts gegen eine rückwirkende Korrektur für noch nicht abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre.

Allerdings muss auf die geplante Rückwirkung vor diesem Zeitraum verzichtet werden. Die Bereinigung der finanziellen Zuweisungen für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine verfassungsrechtlich unzulässige echte Rückwirkung dar. Deshalb wird eine Rückabwicklung für abgeschlossene Ausgleichsjahre abgelehnt. Ziel der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung war es, den Versicherungsschutz in Deutschland lückenlos sicherzustellen. Die Krankenkassen haben sich gesetzeskonform verhalten und waren verpflichtet, diese obligatorischen Anschlussversicherungen zu eröffnen. Sie müssen auf geltende Regelungen vertrauen können, denn sonst entsteht Rechtsunsicherheit. Der Gesetzgeber muss hier für Verlässlichkeit sorgen und sollte somit auf die Rückabwicklung für abgeschlossene Ausgleichsjahre verzichten.

Sollte an einer rückwirkenden Bestandsbereinigung festgehalten werden, muss diese auch die Antragsversicherungen nach § 9 SGB V umfassen

Der Gesetzgeber sollte für eine gleiche Ausgangslage innerhalb der GKV sorgen. Mittlerweile wurde bekannt, dass Krankenkassen entgegen den gesetzlichen Vorgaben sowie den Handlungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Mitgliedschaftsverhältnisse nicht vorrangig als OAV-Mitgliedschaft, sondern als nach § 9 SGB V zustande

gekommene Mitgliedschaften bewertet haben und noch immer so bewerten. Des Weiteren liegen in diesen Fällen keine Mitgliedschaftserklärung und damit kein ausreichender Kontakt zum Mitglied vor. Tatsächlich waren teilweise softwaretechnische Zwänge Ursache für eine Speicherung als Antragsversicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V, obwohl es sich um OAV-Versicherungsverhältnisse handeln müsste. Diese Kassen profitieren von der hier vorgesehenen Eingrenzung der Bestandsbereinigung auf die OAV-Mitgliedschaften in unzulässiger Weise. Damit bleibt die falsche Rechtsauslegung dieser Kassen nicht nur aufsichtsrechtlich ohne Sanktionierung, sondern wird darüber hinaus auch noch finanziell belohnt.

Die rückwirkende Bestandsbereinigung für Saisonarbeiter ist zu begrüßen, es bedarf jedoch einer gesetzlichen Konkretisierung

Mit der geplanten Bestandsbereinigung soll ein Beitrag zum Abbau der entstandenen Beitragsschulden geleistet werden. Dieses Vorgehen ist bei saisonal beschäftigten EU-Bürgern („Saisonarbeiter“) ausdrücklich zu begrüßen. Diese Personen haben in ihren Herkunftsländern eigene Absicherungen im Krankheitsfall, weshalb hier kein schutzwürdiges Interesse an einem deutschen Krankenversicherungsschutz bestehen kann. Würden hier Versicherungsverhältnisse nicht gesetzeskonform geführt, so sind diese zu bereinigen. Schon seit Jahren stellt die AOK über interne Regelungen sicher, dass für Saisonarbeiter keine OAVs eröffnet werden.

Anders sieht die rechtliche Lage jedoch für alle anderen Personen aus, die nicht erkennbar in gewissen Zeitabständen aus dem europäischen Ausland einpendeln, um saisonale Beschäftigungen auszuüben („Nichtseasonarbeiter“). Bei diesen Personen muss die Annahme bestehen, dass sie sich dauerhaft in Deutschland aufhalten und ein schutzwürdiges Interesse an einem durchgehenden Krankenversicherungsschutz aufweisen. Eine Vielzahl der hiervon betroffenen Fälle ist geprägt durch regelmäßige Versicherungszeiten aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II oder dem Wechsel zwischen Beschäftigungen bei unterschiedlichen Arbeitgebern oder dem Wechsel zwischen Beschäftigungen und dem Bezug von Arbeitslosengeld. Hier ist regelmäßig davon auszugehen, dass ein Wohnsitz in Deutschland besteht und der Aufenthalt dieser Versicherten gerade nicht dauerhaft im Ausland erfolgt. Auch wenn in diesen kurzen Versicherungsperioden im Einzelfall kein direkter Kontakt zwischen dem Mitglied und der Krankenkasse bestanden hat, ist ein fehlender Wohnsitz in Deutschland gerade nicht anzunehmen.

Um Probleme bei der Umsetzung der rechtlichen Vorgaben zu vermeiden, sollte die Gesetzesbegründung entsprechend konkretisiert werden, um die beschriebene Sonderregelung für Versicherte, die in gewissen Zeitabständen aus dem europäischen Ausland einpendeln („Saisonarbeiter“), deutlicher herauszustellen.

Die geplante Bestandsbereinigung führt zu rückwirkenden Beitragserhebungen bei den Familienangehörigen von OAV-Versicherten

Problematisch ist das geplante Vorgehen hinsichtlich der Auswirkungen auf bisher beitragsfrei Familienversicherte. Im Zusammenhang mit obligatorischen Anschlussversicherungen entsteht nicht nur für das Mitglied selbst ein Versicherungsverhältnis, es können gleichermaßen auch beitragsfreie Familienversicherungen entstehen. Die geplanten Maßnahmen zur Rückabwicklung hätten ggf. zur Folge, dass Familienangehörige rückwirkend in eine eigene OAV-Mitgliedschaft überführt werden müssten. Erfolgt auf Basis der Bestandsbereinigung auch eine Rückabwicklung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, würden wiederum zwangsläufig auch rückwirkend Beitragsforderungen für das ehemals beitragsfrei versicherte Mitglied entstehen. Dies können die

betroffenen Familienmitglieder nicht schultern. Solche Krankenversicherungsbeiträge können auch nicht Bestandteil von Unterhaltsansprüchen gewesen sein, da zum Zeitpunkt der Unterhaltsvereinbarungen noch von einer beitragsfreien Familienversicherung ausgegangen wurde, so dass den Familienangehörigen keine entsprechenden Finanzmittel zur Verfügung stehen.

Durch die geplante Rückabwicklung entstehen erheblich Durchführungsrisiken

Neben der Frage, ob die geplante Rückabwicklung der Zuweisungen auf Basis der Bereinigung eine verfassungswidrige echte Rückwirkung darstellt, kommen auf Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die Prüfdienste nach § 274 SGB erhebliche Durchführungsrisiken zu.

Durchführungsrisiken für die Datenmeldung an das BVA

So sollen die Krankenkassen die Mitgliedschaften überprüfen und – soweit die Bedingungen im Sinne des § 323 Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV-VEG (GE) erfüllt sind – rückwirkend beenden. Es soll dann gemeldet werden, welche Versicherungszeiten nicht mehr existieren. Die bisherige Meldesystematik sieht dies bisher nicht vor. Vielmehr gilt bisher die Regel, dass ungültige oder stornierte Versicherungszeiten nicht zu melden sind. Die Abkehr von dieser Regel ist nicht trivial, zumal in den Bestandssystemen der Krankenkassen neue Kennzeichen geschaffen werden müssten, um überhaupt die bereinigten Versicherungszeiten im Sinne des § 323 SGB V i.d.F. des GKV-VEG von den regulär stornierten oder beendeten Versicherungszeiten für die Meldung an das BVA unterscheiden zu können. Auch die Prüfungen nach § 42 RSAV durch die Aufsichtsämter sind darauf ausgelegt, dass es sich bei den gemeldeten Versicherungszeiten um real existierende Versicherungszeiten handelt. Auch hier soll also die bestehende Regel in ihr Gegenteil verkehrt werden. Es bleibt völlig unklar, auf welcher Grundlage eine Stichprobe und Hochrechnung erfolgen kann, da nur die in der Korrektursatzart gemeldeten Sachverhalte bekannt sind, nicht aber die tatsächliche Anzahl der prüf- und bewertungsrelevanten Mitgliedschaftsverhältnisse. Im Ergebnis ist somit nicht feststellbar, ob die erforderlichen rückwirkenden Bereinigungen tatsächlich vollständig durchgeführt wurden. Schließlich dürfen auch die Prüfdienste nicht übersehen werden. Sie sollen die stornierten Versicherungszeiten überprüfen. Das ist aufgrund des Aufwandes und der eingeschränkten technischen Möglichkeiten praktisch nicht leistbar.

Durchführungsrisiken hinsichtlich des Datenschutzes

Das Bundesversicherungsamt muss einen Abgleich zwischen den zuletzt für die Korrektur des Jahresausgleichs (§ 41 Abs. 5 RSAV) zuweisungsrelevant berücksichtigten Versicherten und denen in der Bereinigungsmeldung nach § 323 Abs. 3 vornehmen. Die Herstellung des Versichertenbezugs und die Verwendung des Versichertenpseudonyms auch bereits zurückliegender Schlüsseljahre ist in Bezug auf datenschutzrechtliche Zulässigkeit zu prüfen. Dieses Durchführungsrisiko besteht nur für bereits abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre und kann durch eine Begrenzung der Bereinigung auf noch nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre auf einfache Weise vermieden werden.

Durchführungsrisiken hinsichtlich der Zuweisungsbescheide

Zwar stellt die Begründung richtigerweise heraus, dass für die Korrektur der Zuweisungen nach Absatz 4 nur solche Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, für die die

Krankenkassen auch Zuweisungen erhalten haben. Eine entsprechende rechtliche Regelung dieser Vorgabe ist jedoch erforderlich, da diese Grundlage der Bescheidung durch das BVA ist und kann durch eine Ergänzung des Absatzes 3 erreicht werden. Für die Krankenkassen ist es allerdings nicht eins zu eins prüfbar, für welche Versicherten sie Zuweisungen erhalten haben und für welche nicht, da die Zuweisungsbescheide nebst Anlagen keine versichertenbezogenen Informationen erhalten.

Erheblicher Verwaltungsaufwand aufgrund gesonderter Datenmeldung

Ein besonderes Durchführungsrisiko besteht weiterhin darin, dass Krankenkassen sowohl in den Sonderdatenmeldungen zur Korrektur der Zuweisungen als auch in den Sonderdatenmeldungen in Bezug auf die Prüfung der Bereinigungsfälle unvollständige Angaben machen können, ohne dass dies wirksam überprüft werden kann. Die Konstruktion des § 323 SGB V sieht vor, dass prüfrelevant alle Versicherungsverhältnisse gemeldet werden, zu denen keine Beitragszahlungen und keine Leistungen dokumentiert sind. Ob die Krankenkasse die richtige Menge meldet, ist nicht prüfbar. Um Manipulationen – hier: die bewusste Reduzierung der Bereinigungsfälle – auszuschließen, ist es erforderlich, die Gesamtzahl der freiwilligen Mitgliedschaften nach § 9 und § 188 zu melden und solche, die unter die Regelungen des GKV-VEG fallen, gesondert zu kennzeichnen. Auf dieser Grundlage können die Prüfdienste dann überprüfen, ob die Vorgaben des § 323 bei den nicht gekennzeichneten Versicherten tatsächlich nicht erfüllt sind. Hierzu ist eine gesonderte Datenmeldung vorzusehen. Die Prüfung muss dann als Vollprüfung aller Versicherungszeiten nach § 9 und § 188 erfolgen, was mit erheblichem Verwaltungsaufwand auf Seiten der Prüfdienste und der Krankenkassen verbunden ist. Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand ist nicht gerechtfertigt, zumal die Krankenkassen die in Rede stehenden Versicherungen nach geltendem Recht begründet haben und der zusätzliche Prüfaufwand lediglich in Verbindung mit einer unzulässigen rückwirkenden Bereinigung dieser Mitgliedschaften entsteht.

Durchführungsrisiken aufgrund fehlender Harmonisierung mit bestehenden Vorschriften

Schließlich ist auch die bislang fehlende Harmonisierung der bestehenden Vorschriften nach § 42 RSAV sowie den vorgeschlagenen Regelungen zu § 323 problematisch. Es ist zwingend sicherzustellen, dass Bereinigungsfälle nach § 323 nicht als Fehler im Rahmen der Prüfung nach § 42 RSAV zu werten sind. Dieses Problem ergibt sich nicht, wenn auf eine rückwirkende Bereinigung für abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre verzichtet wird. Im Fall einer rückwirkenden Bereinigung für abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre wäre andernfalls zu regeln, dass bei Prüfungen nach § 42 RSAV die Stichproben- und Hochrechnungsverfahren auf um die Sonderdatenmeldung bereinigten Prüfsatzarten (technisch: Satzart 110PV) aufsetzen.

Hält man trotz der benannten Probleme und Risiken an den Regelungen fest, sollten zumindest die Durchführungsrisiken minimiert werden:

- So ist klarzustellen, dass die in Absatz 2 genannten **Kriterien** bei berichtsjahtübergreifenden Versicherungsepisoden **nicht für jedes einzelne Berichtsjahr erfüllt** werden müssen. So ist z.B. eine Versicherungsepisode, die die Jahre 2017 und 2018 umfasst, von der Bereinigung auszunehmen, wenn einzig im Jahr 2018 eine Leistung in Anspruch genommen wurde.

- Des Weiteren sollte deutlich gemacht werden, dass auch in Bezug auf § 323 Abs. 3 das Kriterium der „**Leistungsinanspruchnahme**“ **als erfüllt** gilt, wenn mitversicherte **Familienangehörige im betreffenden Zeitraum Leistungen in Anspruch genommen haben**. Hier sind konsistente Regelungen zu den §§ 191 und 323 Abs. 2 erforderlich.
- Um dem Ziel gleicher Voraussetzungen für alle Krankenkassen gerecht zu werden, muss darüber hinaus sichergestellt werden, dass **Krankenkassen nicht im Vorgriff auf die gesetzliche Regelung die hier in Rede stehenden Mitgliedschaften beenden oder stornieren**, damit diese nicht mehr von der Regelung des § 323 erfasst werden und somit lediglich die Zuweisungen bis zum Korrekturjahr zurückgezahlt werden müssen. Als Lösung wird die **Datenselektion** für die entsprechende Datei nicht vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, sondern **vom Zeitpunkt des Gesetzentwurfs am 20.04.2018** gesehen. Damit wird sichergestellt, dass auch Sachverhalte von der Regelung des § 323 Abs. 3 erfasst werden, die aktuell beendet oder storniert werden.
- Des Weiteren sollte aufgrund der bereits oben benannten Durchführungsrisiken die **Umsetzungsfrist mindestens bis 15.06.2020 verlängert werden**. Zudem sind die Abstimmungen über die vom Gesetzgeber vorgegebenen einheitlichen Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes noch nicht abgeschlossen, so dass die Krankenkassen noch keine verlässliche Grundlage für die Vorbereitungen zur Umsetzung des Gesetzes treffen können. Darüber hinaus liegen die ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2018, die für die Prüfung auf eine mögliche Leistungsinanspruchnahme des Versicherten zwingend erforderlich sind, den Krankenkassen vertragsgemäß erst 9 Monate nach Ende des Abrechnungsquartals vor, d.h. Informationen über die Leistungsinanspruchnahme im 4. Quartal 2018 liegen regelmäßig erst nach dem im Gesetzentwurf benannten Datum vor.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung zu § 323 ist zu streichen.

Hält man trotz der benannten Probleme und Risiken an den Regelungen fest, sind folgende Ergänzungen/Änderungen notwendig:

In Absatz 1 werden nach den Worten „Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand“ die Worte „für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum ...[einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] ersetzt durch die Worte „für noch nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre“. Außerdem wird in Absatz 1 das Datum „15. Juni 2019“ durch „15. Juni 2020“ ersetzt.

In Absatz 2 werden nach den Worten „die nach § 188 Absatz 4“ die Worte „oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 1“ ergänzt.

Dem Absatz 2 wird ein Satz 3 angefügt: „Satz 1 gilt nicht für bereits beendete Versicherungszeiten nach § 188 Abs. 4 mit einem Umfang von maximal sechs Monaten, sofern diese aufgrund einer Versicherungspflicht nach § 5 beendet wurden.“

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der ersten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.

In Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

[...] Für die Berechnung der Bereinigungsbeträge nach Absatz 4 werden nur diejenigen Versicherungszeiten berücksichtigt, für die die Krankenkasse im betreffenden Ausgleichsjahr Zuweisungen erhalten hat. Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen darüber hinaus alle Versichertenzeiten, die auf der Grundlage von § 9 und § 188 begründet wurden.

In Absatz 5 wird ein neuer Satz 4 ergänzt:

(3) [...] Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen das Nähere zur Stichprobenmethodik, zum Stichprobenumfang und zum Hochrechnungsverfahren nach Satz 1 und 2 fest.

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 9 SGB V Freiwillige Versicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ermöglicht. Die dreimonatige Beitrittsfrist beginnt mit dem Tag nach Ausscheiden aus dem Dienst als Zeitsoldat.

B Stellungnahme

Die Regelung beendet die unterschiedlichen Verfahrensweisen der Krankenkassen und ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 10 SGB V Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die befristete Sonderregelung, dass für die Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende fremde Kinder in Tagespflege betreuen, eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen bzw. bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden, läuft zum 31.12.2018 aus. Infolge des Auslaufens der krankensicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Tagespflegepersonen sind für diesen Personenkreis die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten.

B Stellungnahme

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung und ist nachvollziehbar. Damit können Tagespflegepersonen ab 01.01.2019 im Einzelfall als hauptberuflich Selbständige betrachtet werden und infolgedessen einen Krankenversicherungsschutz mit Krankengeldanspruch zur Absicherung von Einkommensausfall bei Krankheit wählen. Zudem wird durch die Neuregelung zur Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbständige die Sonderregelung für Tagespflegepersonen obsolet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige wird abgesenkt. Als neuer Grenzwert ist der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen. Die Änderung soll zum 01.01.2019 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Die generelle Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige ist ein notwendiger Schritt zur Entlastung vieler hauptberuflich Selbstständiger mit geringen Einnahmen. Die Absenkung auf den 80. Teil geht jedoch nicht weit genug und berücksichtigt nicht die erheblichen Aufwände zur Unterscheidung zwischen einer hauptberuflich ausgeübten und einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit, die angesichts einer Beitragsdifferenz von monatlich 20 EUR unwirtschaftlich ist. Aus diesem Grunde ist es sachgerechter, als Mindestbemessungsgrundlage für alle selbstständig Erwerbstätigen den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag anzusetzen.

C Änderungsvorschlag

In Satz 2 werden die Wörter „vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste“ durch das Wort „neunzigste“ ersetzt.

Nr. 4 § 248 Satz 2 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse wird die paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nachvollzogen.

B Stellungnahme

Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse sind Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V als beitragspflichtige Einnahme gleichgestellt. Durch die Umsetzung der paritätischen Tragung von Zusatzbeiträgen, die sich aus den gesetzlichen Renten als beitragspflichtige Einnahme und unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrags ergeben, ist eine entsprechende Umsetzung auch für die Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse vorzunehmen. Eine Umsetzung adäquat zu den gesetzlichen Renten scheidet daran, dass für die genannten Renten nur der halbe allgemeine Beitragssatz angesetzt wird. Die Regulierung erfolgt daher über den Beitragssatz und somit über die Festlegung, dass nur die Hälfte des nach § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V geltenden kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes für entsprechende Renten anzusetzen ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 249 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zukünftig zu gleichen Anteilen (paritätisch) vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zu tragen ist. Die Formulierung zur alleinigen Tragung des Beitrags durch den Arbeitnehmer, der sich aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz und dem Arbeitsentgelt ergibt, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Wir begrüßen, dass bei der Umsetzung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 249a Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird die Parität bei der Tragung der Zusatzbeiträge auch für Rentner umgesetzt. Der Rentenversicherungsträger übernimmt ab 01.01.2019 damit die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

B Stellungnahme

Die Parität bei der Tragung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge wird auch für Renten wiedereingeführt. Der Rentenversicherungsträger trägt wie ein Arbeitgeber zukünftig ebenfalls den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 249a Abs. 1 Satz 2 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird sichergestellt, dass der Rentenversicherungsträger auch bei Waisenrenten zukünftig seinen Anteil am kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu tragen hat.

B Stellungnahme

Mit dem E-Health-Gesetz (BGBl I S. 2408) wurde festgelegt, dass Waisenrenten bis zu gewissen Altersgrenzen für den Waisenrentner beitragsfrei sind. Gleichwohl ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers abzuführen. Da sich durch die Wiedereinführung der Parität der Beitragsanteil auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag bezieht, war die Begrenzung auf den allgemeinen Beitragssatz zu streichen. Neben dem halben allgemeinen Beitrag trägt der Rentenversicherungsträger zukünftig auch den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a) regelt für die neu beitragsberechtigten ausgeschiedenen Soldaten auf Zeit, die in ihrer Beschäftigung nicht versicherungspflichtig werden, den Anspruch auf Beitragszuschuss.

Buchstabe b): Berücksichtigung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages auch beim Beitragszuschuss zur Krankenversicherung für diejenigen abhängig Beschäftigten, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und privat versichert sind. Es wird hier der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz nach § 242a SGB V berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die in Buchstabe a) aufgenommene Regelung ist sachgerecht.

Die Regelung bezieht sich auf den Zuschuss vom Arbeitgeber eines privatversicherten Beschäftigten. Da auch hier zur Parität zurückzukehren ist und kein kassenindividueller Zusatzbeitragsatz zur Verfügung steht, erhöht sich für diesen Versichertenkreis der Beitragszuschuss auf der Grundlage der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes. Die Umsetzung ist nachvollziehbar, aber nur bedingt durch die GKV zu bewerten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung gleicht die paritätische Zusatzbeitragssatzlastverteilung auch für den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherte an.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 13 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Umsetzung der Parität und die Änderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige treten zum 01.01.2019 ein.

B Stellungnahme

Der vorgesehene zeitliche Vorlauf zur Umstellung ist zu gering, um alle erforderlichen softwaretechnischen Änderungen rechtzeitig und qualitativ ausreichend umzusetzen, ist jedoch aufgrund der von der Bevölkerung erwarteten Änderung zum Jahreswechsel nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner