

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)0034(12)**

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

GKV-VEG

1.10.2018



## **Stellungnahme des IKK e.V. zum**

# **Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

**GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG**

**BT-Drucksache 19/4454**

**01.10.2018**

**IKK e.V.**

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

## Inhalt

<b>Grundsätzliche Anmerkungen .....</b>	<b>3</b>
<b>Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>5</b>
§ 16 Ruhen des Anspruchs .....	5
§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungspflichtigen .....	6
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft .....	7
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft .....	8
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 1) .....	9
§ 260 Betriebsmittel .....	11
§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs .....	14
§ 271 Gesundheitsfonds .....	16
§ 323 (neu) Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4 .....	17
<b>Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>20</b>
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 4) .....	20
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung .....	22
§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug .....	23
§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte .....	24
<b>Forderungen des IKK e.V. zum Themenkomplex „Fälligkeitsdatum der Sozialversicherungsbeiträge verschieben“ .....</b>	<b>25</b>

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Der Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) zielt auf die Umsetzung eines Teils der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Vorhaben und weiterer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Rückkehr zur paritätischen Aufbringung der Mitgliedsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und die Beendigung der alleinigen Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass den Beitragszahlern nach wie vor Lasten aufgelegt werden, die ordnungspolitisch korrekt aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Der Koalitionsvertrag hat hierzu z. B. im Zusammenhang mit der Einführung von kostendeckenden Beiträgen für ALG-II-Bezieher Maßnahmen in Aussicht gestellt, die der Gesetzentwurf noch schuldig bleibt.

Überraschenderweise regelt der Gesetzentwurf auch Fragen der Finanzplanung der Kassen und greift damit erneut massiv in die Beitragssatzautonomie der Kassen ein.

Gesetzlich definierte Höchstgrenzen für die Finanzreserven der Kassen und damit verbundene Abbaumechanismen lehnen die Innungskrankenkassen ab. Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs durch erzwungene Beitragssatzabsenkungen.

Dass mit dem Gesetzesentwurf nunmehr endlich eine Reform des Morbi-RSA vorgesehen ist, wird grundsätzlich begrüßt. Denn ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch für die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck.

Wir fordern insofern eine derart tiefgreifende Reform des Morbi-RSA, dass diese einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten ohne Manipulationsanreize und unter Bewahrung von Präventionsanreizen sicherstellt. Als kurzfristige Übergangsregelung regen wir eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

Im Hinblick auf einen manipulationsfreien Morbi-RSA begrüßen die Innungskrankenkassen ausdrücklich die rückwirkende Bereinigung der OAV-Meldungen.

Die Rechtmäßigkeit rückwirkender Bestandsbereinigungen und daraus resultierender Korrekturen für den Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich hat das Bundessozialgericht bereits 2003 festgestellt (BSG: Urt. v. 24.01.2003, Az.: B 12 KR 17/01.R), sodass keine verfassungsrechtlichen Bedenken vorliegen. Die Einwände des Bundesrates können insofern nicht überzeugen.

Bei der einzuführenden Regelung muss sichergestellt werden, dass die Bestandsbereinigung und die damit verbundene Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht verfälscht werden kann (bspw. durch eine kurzfristige Bereinigung des Mitgliederbestandes vor Inkrafttreten des Gesetzes). Die Bereinigung muss sich auf alle strittigen freiwilligen Versicherungsverhältnisse (so z. B. auch die unter § 9 SGB V fallenden Versicherungsverhältnisse) erstrecken.

Neben den Finanzierungsfragen greift der Gesetzentwurf auch weitere Themen aus dem Koalitionsvertrag auf, wie die Frage der Beitragsbemessung für Selbstständige. Die Notwendigkeit der Anpassung der Beitragsbemessung für Selbstständige ist nicht zu leugnen. Eine Beitragsrechtsreform muss aber die Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung aufrechterhalten und sich auch mit den Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland beschäftigen. Die isolierte Betrachtung der Absicherung im Krankheitsfall greift zu kurz. Auch die Altersversorgung der Selbstständigen muss auf die politische Agenda. Der Koalitionsvertrag hat hierzu Maßnahmen in Aussicht gestellt, die der Gesetzentwurf noch schuldig bleibt. Darüber hinaus liegt die hier angesetzte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf Höhe des 80. Teils der monatlichen Bezugsgröße unterhalb der Mindestlohngrenze. Dadurch werden Einkommen, die bereits heute nicht zum Leben reichen, legitimiert und im Zweifel sogar gefördert. Mehr noch: in der Folge könnte es zu einer verstärkten Auslagerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten in die (Schein-)Selbstständigkeit kommen. Die schon heute kritisch betrachteten arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen der Agenda 2010 werden weiter zementiert. Deshalb lehnen die Innungskrankenkassen diese Regelung ab und schlagen im Konsens mit dem GKV-Spitzenverband stattdessen vor, eine Absenkung auf den 60. Teil der Bezugsgröße vorzunehmen. Für eine umfassende Analyse und die Erarbeitung langfristig tragfähiger Reformvorschläge empfiehlt sich die Einberufung einer Enquetekommission unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktexperten.

Gleichwohl gehen die beabsichtigten Regelungen des Gesetzentwurfs an anderer Stelle über die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag hinaus. Dazu zählen die Bereinigung der Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen und die Erhöhung des Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen. Beides begrüßen die Innungskrankenkassen.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 1**

#### **§ 16 Ruhen des Anspruchs**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Bedürftigkeit ganz oder teilweise durch Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe übernommen werden.

##### **Bewertung**

Es handelt sich hierbei um eine neue Regelung, die sich auf die rechtlichen Voraussetzungen des Leistungsruhens nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V stützt. Dabei eröffnet der Halbsatz „Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand“ Interpretationsspielräume, die geschlossen werden sollten. Sind mit dieser Formulierung nur volle Soll-Monate gemeint oder kann der Beitragsrückstand auch aus kleineren Rückstandsanteilen mehrerer Monate bestehen, die aber insgesamt einen Betrag ergeben müssen, der zwei vom Mitglied selbst zu tragende Anteile der Monatsbeiträge erreichen muss?

##### **Änderungsvorschlag**

Der Interpretationsspielraum in der Aussage zur Höhe der Beitragsanteile sollte präzisiert werden. Im Sinne der Zielsetzung sollte von vollen Soll-Monaten gesprochen werden.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2**

#### **§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungspflichten**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Begrenzung des Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für die Altersrückstellungen der Krankenkassen wird von 10 auf 20 Prozent erhöht.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung.

Die bislang für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Aktienquote von 10 Prozent war an der alten Fassung des Versorgungsrücklagegesetzes orientiert, die mit dem Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 05.01.2017 (BGBl. I S. 17) auf 20 Prozent erhöht wurde.

Ein Aktienanteil von 20 Prozent ist bei dem langen Anlagehorizont der Altersversorgungsverpflichtungen bis zum Jahr 2049 vertretbar und kann zu einer deutlichen Renditeverbesserung führen.

Die vorgeschlagene Neuregelung sollte darüber hinaus auch für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 SVRV gelten.

##### **Änderungsvorschlag**

In § 171e Absatz 2a wird ein neuer Satz 5 angefügt:

*„Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Absatz 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Absatz 2a entsprechend.“*

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4**

#### **§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung bestimmt, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts ermitteln kann.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich.

Nach bisheriger Rechtslage ist eine Mitgliedschaft auch dann zu begründen, wenn die Krankenkasse nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht klären konnte, ob das Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlassen hat. Die geltende Regelung löste in derartigen Fällen Beitragsforderungen mit dem Höchstbetrag aus, die regelmäßig nicht erfüllt wurden und im Laufe der Zeit mit den hinzutretenden Nebenforderungen zu erheblichen Beitragsrückständen geführt haben.

Die vorliegende Regelung greift die Vorschläge der Krankenkassen auf und beseitigt damit die Problematik zur Anhäufung der immensen Beitragsrückstände für den betroffenen Personenkreis in der Zukunft, ohne den gesetzlich beabsichtigten lückenlosen Versicherungsschutz aller in der GKV Versicherten auszuhöhlen. Sollte sich im Einzelfall nachträglich eine Unterbrechung im Versicherungsverlauf zeigen, kommt für diese Zeit die Auf-fang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V zur Geltung.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5**

#### **§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 5 sieht vor, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Die Annahme wird wirksam, wenn das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt, noch Leistungen in Anspruch nimmt (auch Angehörige) und der Krankenkasse die Ermittlung des Aufenthaltsortes nicht möglich ist.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung.

Insgesamt entspricht die Neuregelung der Forderung der Krankenkassen, die dem Bundesministerium für Gesundheit mit dem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes am 21.08.2017 übermittelt wurde. Die vorliegende Regelung beseitigt nachhaltig die Problematik der rückständigen Beiträge, ohne den gesetzlich beabsichtigten lückenlosen Versicherungsschutz aller in der GKV Versicherten auszuhöhlen. Sollte sich im Einzelfall nachträglich eine Unterbrechung im Versicherungsverlauf zeigen, kommt für diese Zeit die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V auf Antrag zu Stande.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.



## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 6**

#### **§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 1)**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern durch Nachweis geringerer Einkünfte die Festsetzung zum Höchstbeitrag für vergangene Zeiträume zu korrigieren. Praktisch wird die Frist von heute drei Monaten auf zwölf Monate verlängert. Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag in den Fällen vor, wenn u.a. eine Bedürftigkeit nach dem SGB II besteht. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge soll in diesen Fällen nach Sätzen 3 und 4 nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung erhoben werden.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Neuregelung ab.

Die Mitglieder müssen regelmäßig (jährlich) einen Einkommensnachweis führen. Weisen diese ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht nach, müssen sie gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 (in der aktuellen Fassung) den Höchstbeitrag zahlen. Wird der Nachweis niedrigerer Einnahmen nach bestehender Verwaltungspraxis nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der endgültigen Festsetzung des Höchstbeitrages erbracht, müssen diese Mitglieder Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze leisten, auch wenn dies nicht ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht. Nach bisheriger Rechtslage ist in diesen Fällen eine Änderung dieser Beitragseinstufung grundsätzlich nur für die Zukunft und nicht mehr für vergangene Zeiträume möglich.

Mit der Neuregelung soll das Zeitfenster für das Einreichen der Unterlagen von drei Monaten auf zwölf Monate verlängert werden. De facto entstanden in der Praxis die Beitragsrückstände nämlich nicht durch ein zu enges Zeitfenster, sondern durch Nachlässigkeit der Mitglieder.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des

Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreitet.

Der Ansatz ist sozialpolitisch verständlich, aber in der praktischen Umsetzung schwierig bzw. missbräuchlich. Ursächlich dafür ist der verwendete unbestimmte Begriff „hinreichende Anhaltspunkte“. Der Versuch, diese zu konkretisieren (Vorliegen der Bedürftigkeit, Vermögenslosigkeit), wird über den weiteren Satz „Die Krankenkasse muss zudem weitere Informationen über das Mitglied und dessen Familienverhältnisse prüfen“ konterkariert und stellt die praktische Umsetzung in Frage. Auch fehlt ein zeitlicher Rahmen.

Ferner ist auch die Regelung, nach der in den angesprochenen Sachverhalten Säumniszuschläge im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung zu erheben sind, nicht sachgerecht. Für die Beurteilung der Höhe des Säumniszuschlages sind ausschließlich die Tatsachen und Rechtsverhältnisse zum Zeitpunkt der ursprünglichen Festsetzung der Säumniszuschläge relevant. Die Erhebung des Säumniszuschlages kann durch eine nachträgliche Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht beeinflusst werden. Die Regelung wird daher abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 8**

#### **§ 260 Betriebsmittel**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, bestehend aus Betriebsmitteln einschließlich der Rücklagen, wird auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Aus der bisherigen Soll-Vorschrift wird eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung können die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist.

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Krankenkassen, die ihre Finanzreserven entsprechend den vorgegebenen Fristen nicht abgebaut haben und die zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, haben den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Die Neuregelung gilt ab 01.01.2020 unter der Bedingung, dass der Risikostrukturausgleich zuvor gesetzlich weiterentwickelt wurde.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigten gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen und die mögliche Abführung der die Obergrenze übersteigenden Beträge an den Gesundheitsfonds ab.

Tatsächlich ermöglichen die derzeit hervorragende konjunkturelle Ausnahmesituation nahe der Überauslastung und die durch die meist jungen und gesunden Neuzugänge gedämpften Ausgabenzuwächse aktuell GKV-weite Beitragssatzsenkungen. Die langfristige Entwicklung, dass die Ausgaben der GKV stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen, ist dadurch allerdings nur kurz verzögert. Der seit Jahresanfang fallende Ifo-Index, aber auch die kürzlich gesenkte Konjunkturprognose der Bundesregierung deuten

bereits auf ein Ende des Wirtschaftsaufschwungs. Auf der Ausgabenseite haben bereits beschlossene Gesetze, wie das Krankenhausstrukturgesetz oder das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, ihre Wirkung noch nicht vollends entfaltet. Neue Vorhaben, wie das im Koalitionsvertrag beschlossene Sofortprogramm für die Pflege oder die Anpassung der Krankenhausvergütung, verstärken den Druck auf die Ausgaben ebenso wie die fortschreitende demografische Alterung.

Aus unserer Sicht ist eine Konjunkturspritze in Form des Abschmelzens von Rücklagen nicht heute, sondern künftig – bei einer Rückkehr zum langjährigen Trend – geboten. Dazu bedarf es keiner gesetzlichen Regelung, sondern geschieht von den Krankenkassen im Interesse ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber über mittelfristig stabile Beitragssätze.

Die beabsichtigte kurzfristige Abschmelzung der Finanzreserven bietet darüber hinaus Fehlanreize zu ungerechtfertigten Ausgabenanstiegen. Mögliche Zwangsabführungen von Vermögen an den Gesundheitsfonds verschärfen diese Anreize.

Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs. Krankenkassen, die von ihren Mitgliedern höhere Beiträge erheben als nötig, leisten sich bewusst einen Wettbewerbsnachteil. Durch die beabsichtigten kurzfristigen Beitragssatzsenkungen besonders vermögender Krankenkassen würden sich aber vor allem bestehende Marktkonzentrationen, wie in Sachsen und Thüringen, verstärken.

Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Die beabsichtigte Einführung von Vermögensobergrenzen beseitigt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht die Problemursache. Ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck. Insofern begrüßen wir die im Gesetzesentwurf angekündigte Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die Verknüpfung dieser mit der einjährigen Verschiebung der – von uns grundsätzlich kritisierten – Einführung von Vermögensobergrenzen lehnen wir aber ab. Dies läuft auch der Intention des Gesetzgebers entgegen, die Mitglieder der GKV zu entlasten, weil das „Übergangsjahr“ deutliche Unwirtschaftlichkeitsanreize setzt.

Wir fordern eine tiefgreifende Reform des Morbi-RSA, die einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten ohne Manipulationsanreize und unter Bewahrung von Präventionsanreizen sicherstellt. Als kurzfristige Übergangsregelung regen wir eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für die Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 10**

#### **§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weiterzuentwickeln ist. Diese Reform soll vor dem Einsetzen eines Abbaus von Finanzreserven nach Nummer 8 (§ 260) erfolgen, da eine geänderte Ausgestaltung des RSA die jeweilige Finanzsituation der Krankenkassen beeinflussen wird.

##### **Bewertung**

Ungeachtet der IKK-seitigen Ablehnung der mit Nummer 8 beabsichtigten Neuregelung des § 260 begrüßen die Innungskrankenkassen die angekündigte Reform des Morbi-RSA ausdrücklich. Ziel muss es sein, Manipulationsanreize zu beseitigen, Präventionsanreize wiederherzustellen und regionalen Marktkonzentrationen entgegenzuwirken.

Die Innungskrankenkassen positionieren sich wie folgt:

- Ein Krankheitsvollmodell wird abgelehnt. Die Krankheitsauswahl soll sich zukünftig auf schwerwiegende eng abgrenzbare und teure Krankheiten beschränken.
- Die Einführung von Kodierrichtlinien verbunden mit einem Regelwerk für Auffälligkeitsprüfungen und ergänzt durch eine Selbstverpflichtung der GKV, keinen Einfluss auf Kodierungen zu nehmen, wird gefordert.
- Einführung eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs für Präventionsausgaben zur Stärkung der Präventionsanreize, der über Abschläge auf die morbiditätsorientierten Zuschläge gegenfinanziert wird.
- Die Einführung eines Hochrisikopools (abhängig von der Ausgestaltung).
- Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Ausgaben für Auslandsversicherte um Urlauberrechnungen und der Berücksichtigung von Inlandsausgaben.
- Einführung einer Übergangsregelung, einer kurzfristig umzusetzenden Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.

- Die Innungskrankenkassen setzen sich für die Einführung von Interaktionstermen zwischen Alter und Morbidität ein. Hierbei sollten die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 11**

#### **§ 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. Bislang ist lediglich eine Untergrenze in Höhe von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds vorgeschrieben (§ 271 Absatz 2 Satz 3).

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

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Einführung eines regelhaften Prozesses für die Ausschüttung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Aus unserer Sicht sollte die geplante Obergrenze allerdings auf 40 Prozent einer Monatsausgabe begrenzt werden. Damit wird eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds noch konsequenter vermieden. Gleichzeitig bleibt sichergestellt, dass der übliche saisonale Ausgabenüberschuss nicht zu Liquiditätsengpässen führt.

##### **Änderungsvorschlag**

Der neu eingefügte § 271 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

*„Sie darf einen Betrag von 40 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten.“*



## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 12**

#### **§ 323 (neu) Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Übergangsvorschrift soll den Mitgliederbestand nach Maßgabe neuer Regelungen korrigieren. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, den gesamten Mitgliederbestand (seit Einführung der OAV zum 01.08.2013) im Hinblick auf die Beitragsschulden zu prüfen und diesen innerhalb von sechs Monaten zu bereinigen. Dabei sind alle OAV-Fälle im Sinne des Absatzes 2 aufzuheben (Storno).

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind rückwirkend um die aufzuhebenden Mitgliedschaften zu korrigieren. Für bereits abgeschlossene Jahresausgleiche hat das Bundesversicherungsamt Korrekturbeträge für die Krankenkassen zu ermitteln, die dem Gesundheitsfonds zu erstatten sind und im nächsten Jahresausgleich nach der Mitgliederanzahl neu verteilt werden. Zu diesem Zweck sind Sondermeldungen und Sonderprüfungen vorgesehen.

##### **Bewertung**

Es trifft zu, dass die Begründung freiwilliger Mitgliedschaften ohne die Mitwirkung der Betroffenen zu vielen problematischen Versicherungsfällen seit 2013 geführt hat. Für diese Fälle hat die GKV keine Beiträge erhalten, die Kassen aber Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die geplante Bereinigung wird die Beitragsrückstände reduzieren und die Zuweisungen korrigieren. Beide Ziele unterstützen wir ausdrücklich.

Die Rechtmäßigkeit rückwirkender Bestandsbereinigungen und daraus resultierender Korrekturen für den Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich hat das Bundessozialgericht bereits 2003 festgestellt (BSG: Urt. v. 24.01.2003, Az.: B 12 KR 17/01.R), sodass keine verfassungsrechtlichen Bedenken vorliegen. Die Einwände des Bundesrates können insofern nicht überzeugen.

Bei der einzuführenden Regelung muss sichergestellt werden, dass die Bestandsbereinigung und die damit verbundene Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht verfälscht werden kann (bspw. durch eine kurzfristige Bereinigung des Mitgliederbestandes vor Inkrafttreten des Gesetzes).

Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, die mit der beabsichtigten Bestandsbereinigung verbundenen Datenmeldungen und Sonderprüfungen unzweideutig und manipulationsresistent auszugestalten, um die aufzuhebenden Versichertenzeiten – und damit die zu zahlenden Korrekturbeträge – nicht durch Ermessensspielräume der Krankenkassen herabmindern zu können.

Neben den aufzuhebenden Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 sind auch die Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen, deren Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung begründet wurde, die aber in der Kassensoftware abweichend als Versicherte nach § 9 SGB V (Beitrittsberechtigte) verschlüsselt sind.

### **Änderungsvorschlag**

Neben den aufzuhebenden Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 sind auch die Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen, deren Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung begründet wurde, die aber in der Kassensoftware abweichend als Versicherte nach § 9 SGB V (Beitrittsberechtigte) verschlüsselt sind.

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

*„Freiwillige Mitgliedschaften sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten 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 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 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“*

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt 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 letzten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“*

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

*„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“*

## **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3**

#### **§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 4)**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige wird vom 40. auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Für das Jahr 2019 würde die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige 1.168,20 Euro betragen (statt 2.336,40 Euro) und der monatliche Mindestbeitrag 175,23 Euro (statt 350,46 Euro).

Die Sonderregelung für Härtefälle und Existenzgründer (bisher 60. Teil der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage) wird gestrichen.

##### **Bewertung**

Die Notwendigkeit der Anpassung der Beitragsbemessung für Selbstständige ist nicht zu leugnen. Dennoch ist von einer vermeintlich einfachen Lösung abzusehen. Eine Beitragsrechtsreform muss die Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung aufrechterhalten und sich auch mit den Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland beschäftigen. Die isolierte Betrachtung der Absicherung im Krankheitsfall greift zu kurz. Auch die Altersversorgung der Selbstständigen muss auf die politische Agenda.

Darüber hinaus liegt die hier angesetzte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage des 80. Teils der monatlichen Bezugsgröße unterhalb der Mindestlohngrenze (bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden entspricht dies derzeit 1.536 Euro). Auch wenn das tatsächliche Einkommen vieler Selbstständiger darunter liegt, ist eine Absenkung unterhalb dieser Schwelle kritisch zu sehen. Dadurch werden Einkommen, die bereits heute nicht zum Leben reichen, legitimiert und im Zweifel sogar gefördert. Mehr noch: in der Folge könnte es zu einer verstärkten Auslagerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten in die (Schein-)Selbstständigkeit kommen. Die schon heute kritisch betrachteten arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen der Agenda 2010 werden weiter zementiert.

Insofern schafft die Regelung keine optimalen Bedingungen für kleine und mittelständische Unternehmen. Denn nur eine Gesundheitspolitik, die das Handwerk und den Mittelstand nachhaltig unterstützt, fördert die Beschäftigung, Ausbildung und Wirtschaftswachstum. Die Subventionierung nicht auskömmlicher Geschäftsmodelle durch die Beitragszahler der GKV ist keine gerechte und langfristig tragfähige Lösung.

Für eine umfassende Analyse und die Erarbeitung langfristig tragfähiger Reformvorschläge empfiehlt sich die Einberufung einer Enquetekommission unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktexperten.

### **Änderungsvorschlag**

Absenkung auf 1/60 und Einberufung Enquetekommission.

## **Zu Artikel (neu) 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5**

#### **§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Rechtsänderung wird erreicht, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden und somit auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge paritätisch finanziert werden.

##### **Bewertung**

Die Rückkehr zur paritätischen Aufbringung der Mitgliedsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und die Beendigung der alleinigen Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass den Beitragszahlern nach wie vor Lasten aufgelegt werden, die besser aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dadurch wird gerade der beschäftigungsintensive Mittelstand sowohl auf Arbeitgeber- wie auf Arbeitnehmerseite belastet.

Zur Entlastung der Lohnkosten muss aber auch die Steuerfinanzierung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausgebaut und auf Dauer garantiert werden. Die versicherungsfremden Leistungen, die von der GKV getragen werden, betragen derzeit schätzungsweise 40 Mrd. Euro. Der Steuerzuschuss liegt dagegen nur bei 14,5 Mrd. Euro. Die Innungskrankenkassen fordern daher einen vollständigen Ausgleich der versicherungsfremden Leistungen der GKV durch Steuermittel. Dafür ist deren Erhebung verlässlich und transparent zu gestalten. Zur Überprüfung der inhaltlichen Definition dieser Leistungen sollte im Weiteren ein Gutachten in Auftrag gegeben werden.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 6**

#### **§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung des § 249a Satz 1 SGB V wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen.

Die Änderung in § 249a Satz 2 SGB V trifft eine entsprechende Regelung für die beitragsfreie Waisenrente nach § 48 SGB VI, für die der Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

##### **Bewertung**

Die Rentenversicherungsträger haben künftig die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d.h. einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu tragen. Derzeit beteiligt sich der RV-Träger nur an den Beiträgen in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes. Die Regelung ist in Bezug auf die Regelungen in § 249 SGB V folgerichtig.

Für die Waisenrentner wird der Rentenversicherungsträger in Zukunft die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge tragen. Auch diese Regelung führt den neuen Grundgedanken des § 249 SGB V konsequent fort.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 7**

#### **§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Tatbestand der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind. Treten diese Beschäftigten nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 8 der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied bei, werden auch deren Beiträge paritätisch getragen.

Durch die Änderung des § 257 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird die paritätische Finanzierung der Beiträge auch für diejenigen abhängig Beschäftigten nachvollzogen, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben bzw. auf Grund der Regelung nach § 6 Absatz 3a SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und privat krankenversichert sind.

##### **Bewertung**

Die Regelung ist in Bezug auf die Regelungen in § 249 SGB V folgerichtig.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.



## **Forderungen des IKK e.V. zum Themenkomplex „Fälligkeitsdatum der Sozialversicherungsbeiträge verschieben“**

### **Geforderte Neuregelung**

Der IKK e.V. beantragt, mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) eine Änderung der Fälligkeit der Beiträge in der Sozialversicherung zu beschließen.

Ab dem 01.01.2019 sollen die Beiträge wieder im Folgemonat fällig werden (grds. analog der Regelung vor dem Jahr 2006), jedoch ist als neuer Fälligkeitszeitpunkt der 10. Bankarbeitstag des Folgemonats zu bestimmen. In diesem Zusammenhang soll generell eine einheitliche Fälligkeit zum 10. Bankarbeitstag des Folgemonats nicht nur für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge, die von den Arbeitgebern zu zahlen sind, sondern auch für weitere Personengruppen (z. B. freiwillig Versicherte) mit aktueller Fälligkeit zum 15. des darauffolgenden Monats, festgelegt werden.

### **Begründung**

Aktuell müssen die Betriebe den Einzugsstellen bis zum fünftletzten Bankarbeitstag per Beitragsnachweis melden, welche Sozialversicherungsbeiträge für ihre Mitarbeiter voraussichtlich bis zum Monatsende zu zahlen wären und diese bis zum drittletzten Bankarbeitstag überweisen. Im Ergebnis sind damit seit Januar 2006 Sozialversicherungsbeiträge zwei Wochen eher fällig als bisher. Vor allem kleine mittelständische Unternehmen können die Höhe der zu zahlenden Beiträge – bei aller Digitalisierung der Abrechnung – nur schwer schätzen, da die Leistungen nach Stunden abgerechnet werden. Die konkreten Zahlen liegen erst nach Abschluss des Monats vor und müssen dann aufwändig verrechnet werden.

Die beabsichtigte Neuregelung führt aus Sicht des IKK e.V. zu einer erheblichen Entlastung der Arbeitgeber, da die Beiträge nunmehr nach dem tatsächlich erzielten und nicht mehr nach einem geschätzten Arbeitsentgelt zu bemessen wären. Somit würde auch der damit verbundene Bürokratieaufwand von nachträglichen Korrekturen im Folgemonat entfallen.

Mit der Verlegung des Fälligkeitstages auf den 10. Bankarbeitstag des Folgemonats wäre quasi eine Kopplung an den Zeitpunkt der Zahlung für die Umsatzsteuer (vgl. hier § 240 Absatz 3 Abgabenordnung (AO) als Interpretation einer „erweiterten Zahlungsfrist“) gegeben, die u. a. auch für freiwillig versicherte Selbstständige von Vorteil wäre. In diesem

Zusammenhang wäre auch der Abgabezeitpunkt für den Beitragsnachweis einheitlich zu regeln, auf den 10. des Folgemonats (vgl. § 18 Absatz 1 Satz 1 Umsatzsteuergesetz (UStG)).

Durch diese Änderung würde zukünftig nur noch ein Abrechnungszeitpunkt (sowohl für die Sozialversicherungsbeiträge, als auch für die Umsatzsteuer) bestehen, der zur Entlastung und dem damit verbundenen Abbau von bürokratischem Mehraufwand führt.

Die zusätzliche Liquidität durch die vorgezogene Beitragszahlung hat 2006 die Sozialkassen entlastet. Aufgrund des bestehenden Negativzinses und der guten Liquiditätslage der Sozialversicherungen (Überschüsse) ist die Situation heute anders zu beurteilen. Von der Änderung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge würden grds. alle Beteiligten profitieren.

### **Änderungsvorschläge**

- § 23 Absatz 1 SGB IV wird wie folgt neu gefasst:

*„Laufende Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind spätestens am Zehnten Bankarbeitstag des Monats fällig, der auf den Monat folgt, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Sonstige Beiträge werden spätestens am Zehnten Bankarbeitstag des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. Die erstmalige Fälligkeit der Beiträge für die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a des Sechsten Buches versicherten Pflegepersonen ist abhängig von dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr bei Heilfürsorgeberechtigten die Versicherungspflicht der Pflegeperson festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Wird die Feststellung in der Zeit vom Ersten bis zum Fünfzehnten eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals spätestens am Fünfzehnten des folgenden Monats fällig; wird die Feststellung in der Zeit vom Sechzehnten bis zum Ende eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am Fünfzehnten des zweiten darauffolgenden Monats fällig; das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe.“*

- § 10 Absatz 1 der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) wird wie folgt angepasst:

*„Die Beiträge werden für den jeweiligen Beitragsmonat erhoben. Sie sind bis zum Zehnten Bankarbeitstag des dem Beitragsmonat folgenden Monats (Fälligkeitstag) zu zahlen.“*

- § 28f Absatz 3 Satz 1 SGB IV wird wie folgt angepasst:

*„Der Arbeitgeber hat der Einzugsstelle einen Beitragsnachweis spätestens im Laufe des Zehnten Tages des dem Beitragsmonat folgenden Monats durch Datenübertragung zu übermitteln; dies gilt nicht hinsichtlich der Beschäftigten in privaten Haushalten bei Verwendung von Haushaltsschecks.“*

- § 28f Absatz 3 Satz 2 SGB IV wird wie folgt angepasst:

*„Übermittelt der Arbeitgeber den Beitragsnachweis nicht zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt, so kann die Einzugsstelle das für die Beitragsberechnung maßgebende Arbeitsentgelt schätzen, bis der Nachweis ordnungsgemäß übermittelt wird.“*

- Nr. 11 der Gemeinsamen Grundsätze zum Aufbau der Datensätze für die Übermittlung von Beitragsnachweisen durch Datenübertragung nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IV wird wie folgt angepasst:

*„Nach § 28f Absatz 3 Satz 1 SGB IV hat der Arbeitgeber der Einzugsstelle den Beitragsnachweis im Laufe des Zehnten Tages des dem Beitragsmonat folgenden Monats zu übermitteln. Dies bedeutet, dass der Beitragsnachweis der Einzugsstelle bis spätestens 24:00 Uhr dieses Tages vorliegen muss. Der Beitragsnachweis ist also nur dann rechtzeitig eingereicht, wenn die Einzugsstelle im Laufe Zehnten Tages über den Beitragsnachweis verfügen kann.“*