

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(13)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 01.10.2018

zum Entwurf eines Gesetzes
zur Beitragsentlastung der Versicherten in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
– GKV–Versichertenentlastungsgesetz
(Bundestagsdrucksache 19/4454)

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
Paritätische Finanzierung	4
Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige	4
Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II	5
Verbeitragung von Betriebsrenten.....	5
Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung	5
Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen	6
Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen	6
II. Stellungnahme zum Gesetz	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 16 Abs. 3b Ruhen des Anspruchs	7
§ 171b Abs. 6 Satz 2 Insolvenz von Krankenkassen	8
§ 171e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil.....	9
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)	11
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (Auftrag für den GKV-Spitzenverband zur untergesetzlichen Rechtsnormsetzung)	13
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	14
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1	15
§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen	17
§ 260 Betriebsmittel	18
§ 261 Rücklage	22
§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	23
§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve	24
§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4	25
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	29
§ 9 Freiwillige Versicherung.....	29
§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)	30
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4	31
§ 248 Beitragsatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen.....	34
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer)	35

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner)	36
§ 257 Abs. 1 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (für ehemalige Zeitsoldaten)	37
Nr. 7 Buchstabe b)	38
§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)	38
Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	39
§ 106 Zuschuss zur Krankenversicherung (Parität bei freiwillig versicherten Rentnern)	39
Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	41
§ 172c Altersrückstellungen	41
Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	42
§ 25 Absatz 1 Satz 2 Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung	42
Artikel 6 (Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)	43
§ 7 Altersrückstellungen	43
Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)	44
§ 10 Beitragszuschuss	44
§ 16 Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung	45
Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)	46
§ 11b Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung (hier: Absatz 1)	46
II. Ergänzender Änderungsbedarf	48
Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	48

I. Vorbemerkung

Paritätische Finanzierung

Der Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag folgend sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung vor, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 in gleichem Maße von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bzw. den Rentnerinnen und Rentnern und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden, somit künftig auch der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V paritätisch finanziert wird. Entsprechend werden die Regelungen der Beitragstragung in den §§ 249, 249a und 257 SGB V so angepasst, dass künftig Versicherte und Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger den Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte tragen.

Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Minderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige. Die Zielsetzung folgt auch einer Positionierung des GKV-Spitzenverbandes, der anerkennt, dass die geltenden Regelungen der Beitragsfestsetzung für selbstständig Erwerbstätige, inklusive der gesetzlich vorgegebenen Mindestbemessungsgrenzen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation dieser Mitgliedergruppe nicht mehr gerecht werden. Die konkrete Umsetzung, wonach die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige zum 1. Januar 2019 vom 40. Teil der Bezugsgröße auf den 80. Teil der Bezugsgröße (2019: 1.168,20 Euro im Monat) gemindert werden soll, hält der GKV-Spitzenverband dagegen nicht für sachgerecht. Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine gesonderte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor. Die neue Mindestbemessungsgrenze kommt jedoch der allgemeinen Mindestbemessungsgrundlage für die übrigen freiwillig Versicherten in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.038,30 Euro im Monat) so nahe (es verbleibt eine Differenz von 129,90 Euro), dass sie die Besonderheiten der selbstständigen Erwerbstätigkeit bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Verhältnis zu den übrigen GKV-Mitgliedern nicht mehr angemessen berücksichtigen kann. Der GKV-Spitzenverband hält daher an seinem Vorschlag fest, für die hauptberuflich Selbstständigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.557,60 Euro im Monat) zu bestimmen. Auch mit dieser Festlegung wäre eine deutliche Absenkung der Beitragsbelastung der selbstständigen GKV-Mitglieder verbunden und zugleich der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung für die Teilgruppe der Existenzgründer und Härtefälle sichergestellt. Sofern der Gesetzgeber den Vereinbarungen der Parteien im Koalitionsvertrag folgend eine Ab-

senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der vorgesehenen Größenordnung festzulegen gedenkt, stellt sich angesichts der geringen Unterschiede aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aus Gründen der weiteren Verwaltungsvereinfachung unmittelbar die Frage nach Schaffung einer einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten.

Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Neben der Neubestimmung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige haben die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag mit der Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Beitragsgerechtigkeit in der GKV angekündigt. Während die Herabsetzung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige mit erheblichen Mindereinnahmen einhergehen wird, soll die Krankenversicherung durch die im Koalitionsvertrag angekündigte schrittweise Einführung ausgabendeckender Beiträge für ALG II-Beziehende entlastet werden. Der GKV-Spitzenverband fordert, dass beide Maßnahmen zeitgleich in Kraft gesetzt werden, somit die erste Stufe der Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen der ALG II-Beziehenden ebenfalls zum 1. Januar erfolgen soll.

Verbeitragung von Betriebsrenten

Über die gegenwärtig in den Parteien und im Parlament diskutierte Frage der künftigen Bemessung der Beiträge für die Empfänger von Versorgungsbezügen hat auch der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes intensiv beraten. In seiner Sitzung am 30. August 2018 hat er sich in einem mehrheitlich gefassten Beschluss dahingehend positioniert, dass der GKV-Spitzenverband die Anwendung des halben allgemeinen Beitragssatzes für pflicht- und freiwillig versicherte Empfänger von Versorgungsbezügen befürwortet. Dies solle ab 2019 auch für die kassenindividuellen Zusatzbeiträge gelten. Eine entsprechende Neuregelung der Beitragsbemessung sowie eine notwendig werdende Regelung zur Kompensation der entgangenen Beiträge könnte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG umsetzen.

Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der GKV-Spitzenverband teilt die im Gesetzentwurf dargelegte Einschätzung, dass der Anstieg der Beitragsschulden bei den freiwilligen Mitgliedern wesentlich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die obligatorische Anschlussversicherung zusammenhängt. Bisher ist es den Krankenkassen nicht erlaubt, freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn sie nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht rechtssicher klären konnten, ob ein Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs verlassen hat. Die nun mit dem Gesetzentwurf geplanten Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften sowie die vorgesehene Bestandsbereinigung unklarer Mitgliedschaftsverhältnisse sind - bei Berücksichtigung der weiteren vorgeschlagenen technischen Anpassungen - geeignet, Beitragsrückstände aus

„ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu reduzieren. Die Neuregelungen werden im Grundsatz begrüßt; sie entlasten die Krankenkassen hinsichtlich ihrer Verwaltungsaufwände als Einzugsstellen.

Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen ab. Zum einen hält der GKV-Spitzenverband eine Obergrenze für Finanzreserven in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe aus fachlicher Sicht für zu niedrig. Zwar ist das Einnahmenrisiko der Krankenkassen mit Einführung des Gesundheitsfonds auf den Gesundheitsfonds übergegangen, zugleich hat aber die Planungsunsicherheit auf der Ausgabeseite deutlich zugenommen. Zum anderen sieht der GKV-Spitzenverband in dem angestrebten massiven Abbau der Finanzreserven ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformansätze eingehend evaluiert werden, bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragssenkungen verpflichtet werden. Im Interesse der Beitragszahlenden sollte vermieden werden, dass auf eine Welle gesetzlich erzwungener Beitragssenkungen nachfolgende Ausgabensteigerungen zeitnah wiederum Beitragssatzerhöhungen notwendig machen.

Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgesehene Angleichung der gesetzlichen Vorgabe für den zulässigen Aktienanteil am Deckungskapital, das die Krankenkassen für ihre Altersversorgungsverpflichtungen bilden, an die Vorgaben des Versorgungsrücklagegesetzes des Bundes. Die Ausweitung der Anlagemöglichkeiten in Aktien auf max. 20 Prozent des Deckungskapitals ermöglicht es den Krankenkassen, ihr Verwaltungshandeln auch unter veränderten Kapitalmarktbedingungen weiter wirtschaftlich zu gestalten. Die geplante Änderung geht auf einen Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aus der vergangenen Legislaturperiode zurück.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 16 Abs. 3b Ruhen des Anspruchs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung in Absatz 3b werden Krankenkassen verpflichtet, Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand sind, schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuregelung ab. Es wird davon ausgegangen, dass die Krankenkassen in ihrer Praxis bereits heute jeweils unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles die betroffenen Mitglieder über die geltende Rechtslage hinsichtlich der Möglichkeiten einer Beitragsübernahme durch Dritte informieren. Bei einer generellen Informationspflicht ist dagegen nicht auszuschließen, dass die Hinweise der Krankenkassen ganz überwiegend ins Leere laufen würden; jedenfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der betroffenen Mitglieder tatsächlich die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Hilfebedürftigkeit nach den Vorgaben des SGB II oder SGB XII erfüllt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es zielführender, der Problematik von zunehmenden Beitragsrückständen ergänzend dadurch zu begegnen, dass die Möglichkeit einer auch rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger geschaffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 171b Abs. 6 Satz 2 Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 8 (in der Gesetzesbegründung wird fälschlicherweise auf Nummer 14 verwiesen), die aus der Einfügung eines neuen § 260 Absatz 2 Satz 2 resultiert.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuregelung in Nummer 8 ab. Eine Streichung der Neuregelung in Nummer 8 macht die hier beabsichtigte Neuregelung obsolet.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 171e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen ist mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (6. SGB IV-Änderungsgesetz) – deziert in Anlehnung an die Regelung für den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 des Versorgungsrücklagegesetzes – die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nunmehr einen einheitlichen Aktienanteil von 20 Prozent eingeführt. Diese Erhöhung des maximalen Aktienanteils soll auch für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden.

B) Stellungnahme

Aufgrund der bereits seit Jahren anhaltenden Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten hat der GKV-Spitzenverband die Ausweitung des zulässigen Aktienanteils am Deckungskapital für Altersrückstellungen auf maximal 20 % bereits mit der Stellungnahme vom 8. Februar 2016 zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz gefordert. Dass die mittlerweile erfolgte Änderung im Rahmen des Versorgungsrücklagegesetzes für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nun für die Krankenkassen nachvollzogen wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die weiteren, bislang nicht berücksichtigten Anregungen aus der genannten Stellungnahme greifen wir nochmals auf. Sie haben das Ziel, die Renditechancen der Anlage des Deckungskapitals bei gleichzeitiger Risikoreduktion durch Diversifikation zu verbessern und eine nicht begründbare Privilegierung der Anlage des Deckungskapitals nach § 171e SGB V gegenüber der Anlage des Deckungskapitals nach § 12 SVRV zu beenden.

Der Argumentation, dass eine passive Anlage zur Risikoreduktion beitrage, kann nicht uneingeschränkt zugestimmt werden. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfolio-Management Verluste in Zeiten sinkender Kurse nachweislich begrenzt werden.

Für die Aktienanlage sollten auch Anleihen im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz unter Maßgabe der Einschränkung nach § 83 Abs. 4 SGB IV sowie der Verpflich-

tung zu Kurssicherungsgeschäften bei nicht im Inland gültigen Währungen entsprechend § 83 Abs. 2 SGB IV zulässig sein. Damit würde der bisherigen Systematik des SGB IV gefolgt.

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 171e Absatz 2a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements“ durch die Wörter „in Aktien eines Staates nach § 83 Abs. 4 SGB IV“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird ein neuer Satz eingefügt: „Die Anlage in Währungen, die nicht im Inland gelten, ist nur in Verbindung mit Kurssicherungsgeschäften zulässig.“

In Satz 3 (neu) wird die Angabe „10 Prozent“ durch „20 Prozent“ ersetzt.

Es wird ein neuer Satz 5 angefügt: „Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der GKV ausscheiden, kraft Gesetzes ohne ihre Mitwirkung in die freiwillige Versicherung einbezogen (sogenannte obligatorische Anschlussversicherung), wenn sie für den Krankheitsfall nicht anderweitig abgesichert sind. Die Regelung dient dem Ziel der Gewährleistung eines lückenlosen Versicherungsschutzes und ist in ihrer Kernaussrichtung sachgerecht. Sie berücksichtigt jedoch nicht in ausreichender Weise praktische Gegebenheiten bei der Umsetzung. Dies gilt in besonderer Weise bei den Fallkonstellationen, bei denen die Krankenkassen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht in der Lage sind, den Aufenthaltsort des Betroffenen zu ermitteln, die obligatorische Anschlussversicherung gleichwohl zu begründen haben. Die Folge sind regelmäßig auflaufende „fiktive“ Beitragsrückstände.

Die geplante Neuregelung verfolgt die Intention, das Zustandekommen von „ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu verhindern. Künftig soll eine obligatorische Anschlussversicherung nicht begründet werden und dauerhaft ausgeschlossen bleiben, wenn die Krankenkasse – trotz Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten – weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann. Sollte sich im Einzelfall nachträglich – entgegen der ursprünglichen Annahme – herausstellen, dass die betroffene Person im fraglichen Zeitraum gleichwohl dem deutschen Recht unterlag und keine Absicherung im Krankheitsfall hatte, wird die Versicherungslücke durch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V geschlossen.

B) Stellungnahme

Mit der Rechtsänderung wird eine entsprechende Forderung des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen, die bereits im Zuge der öffentlichen Diskussion im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum „Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ formuliert wurde. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung ausdrücklich begrüßt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 12 von 49

C) Änderungsvorschlag

Zum Inhalt der geplanten Änderung ergeben sich keine Vorschläge, jedoch wird die Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung angeregt (vgl. zur Begründung die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (Auftrag für den GKV-Spitzenverband zur untergesetzlichen Rechtsnormsetzung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht in Verbindung mit der Neuorganisation des Verfahrens des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a) und mit der Einführung eines neuen Tatbestandes für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. Artikel 1 Nummer 5). Danach wird die Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft künftig auf die Fälle des geklärten Aufenthalts des Mitglieds beschränkt. Dies setzt voraus, dass die Krankenkassen alle zumutbaren Möglichkeiten zur Ermittlung des Aufenthaltsorts des Mitglieds ausschöpfen. Die Anforderungen an die Ermittlungspflichten der Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband untergesetzlich festzulegen. Die Festlegungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Das angedachte Verfahren ist geeignet, um bundesweit eine einheitliche Vorgehensweise der Krankenkassen bei der Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung in seiner Intention begrüßt. Jedoch ist das geplante Inkrafttreten der Regelung am Tag nach der Verkündung im Hinblick auf die bei Erstellung der Rechtsnorm einzuhaltenden Aktivitäten zu knapp bemessen.

C) Änderungsvorschlag

Das Inkrafttreten der Rechtsänderung wird auf den 1. Januar 2019 verschoben. Dieser Zeitpunkt sollte einheitlich für die Gesamtheit der Neuregelungen gelten, die auf die Neuorganisation der Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft gerichtet sind (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 5, Artikel 1 Nummer 12).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht die Einführung eines neuen Tatbestandes für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vor. Dieser ist als eine ergänzende Regelung zum neu eingeführten Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung im Falle eines unbekanntem Aufenthalts des Mitglieds (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a) konzipiert. Danach endet eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes, wenn ab einem bestimmten Zeitpunkt anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon wird ausgegangen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten die Krankenkasse den Aufenthaltsort des Mitglieds nicht feststellen kann und der Betroffene weder Beiträge zahlt noch Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Leistungsanspruchnahme durch die familienversicherten Angehörigen schließt die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft des Stammversicherten aus.

Im Übrigen differenziert der Beendigungstatbestand nicht danach, auf welcher Rechtsgrundlage die freiwillige Mitgliedschaft ursprünglich zustande gekommen ist. Insoweit werden die Sachverhalte im Sinne des § 9 und des § 188 Absatz 4 SGB V gleich behandelt.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht einem vom GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit unterbreiteten Vorschlag. Sie ist daher ausdrücklich zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Zum Inhalt der geplanten Änderung ergeben sich keine Vorschläge, jedoch wird die Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung angeregt (vgl. zur Begründung die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden bei freiwilligen Mitgliedern, die bei der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mitwirken, die Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt (sogenannter Höchstbeitrag). Weist das Mitglied niedrigere tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen später nach, kann der Höchstbeitrag grundsätzlich nicht für die Vergangenheit reduziert werden, wenn ein entsprechender Beitragsbescheid der Krankenkasse eine endgültige Beitragsfestsetzung vorsieht. Abweichend hiervon versehen die Krankenkassen bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Hierdurch wird dem Umstand, dass Mitglieder ihren Mitwirkungspflichten häufig verspätet nachkommen, Rechnung getragen und zugleich das Anwachsen von Beitragsrückständen wirkungsvoll vermieden. Das Verfahren basiert auf einer Regelung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes.

Die geplante Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach der Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen.

Eine weitere Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.

Wird die ursprüngliche Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze nachträglich nach einer der beiden Optionen korrigiert, sollen die Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung erhoben werden.

Im Übrigen gilt die vorgesehene Rechtsänderung für alle Personen, die vom Geltungsbereich des § 240 SGB V erfasst sind.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht die mit dem neuen Satz 3 geplante Rechtsänderung kritisch. Das als Sanktionsinstrument bei fehlender Mitwirkung konzipierte Verfahren der Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze verlöre durch die beabsichtigte Neuregelung nachhaltig an Wirkung. Anderweitige Möglichkeiten, das Mitglied zur Mitwirkung hinsichtlich der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen zu bewegen, stehen den Krankenkassen nicht zur Verfügung. Die aktuell in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes vorgesehene Möglichkeit, durch die Vorlage der Einkommensnachweise innerhalb von drei Monaten eine rückwirkende Korrektur des Höchstbeitrages zu bewirken, schafft eine ausgewogene Balance zwischen der im Einzelfall notwendigen Sanktionierung fehlender Mitwirkung und der Vermeidung einer möglichen sozialen Härte. Insoweit bedarf es keiner Anpassung in der aktuellen Rechtslage. Allerdings kann die beabsichtigte Neuregelung dazu beitragen, den mit dem Gesetzentwurf angestrebten Abbau nicht realisierbarer Beitragsrückstände zu befördern.

Die im neuen Satz 4 formulierte Verpflichtung zur rückwirkenden Anpassung der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag von Amts wegen durch die Krankenkasse aufgrund hinreichender Anhaltspunkte ist im Übrigen nicht praxiskonform. Wenn die Krankenkasse schon über die Informationen zu der aktuellen Einkommenssituation des Betroffenen in Form „hinreichender Anhaltspunkte“ verfügt, liegen ihr regelmäßig auch die Informationen über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds in dem durch die Sanktion betroffenen Zeitraum vor. In aller Regel bleibt für die Anwendung des Sanktionsinstrumentariums in diesen Sachverhaltskonstellationen mithin kein Raum.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 6 wird § 240 Absatz 1 n. F. wie folgt gefasst:

Satz 4 wird gestrichen

Satz 5 wird Satz 4

Im neuen Satz 4 werden die Worte „nach den Sätzen 3 und 4“ durch die Worte „nach Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 8 und 9 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen dürfen ihre Zusatzbeiträge deshalb solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B) Stellungnahme

Die in Artikel 1 Nr. 8 und 9 vorgesehene Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband insgesamt als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Die vorgesehene Höhe einer verpflichtenden Obergrenze der Betriebsmittel und Rücklagen ist außerdem sachlich nicht gerechtfertigt. Ein an den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen angelehntes Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes wird deshalb ebenfalls abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Finanzreserven von Krankenkassen wird eine verbindliche Obergrenze geschaffen, die auf die Summe der Betriebsmittel nach § 260 und der Rücklagen nach § 261 abstellt. Dabei wird die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf das 1,0-fache der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Bislang gilt für Betriebsmittel nach § 260 als Sollvorschrift eine Obergrenze in Höhe des 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe, wobei eine Monatsausgabe zur Deckung der laufenden Ausgaben Verwendung findet. Die restlichen 0,5 Monatsausgaben stellen als Betriebsmittelreserve die Finanzreserve dar, deren Höhe in Summe mit der Rücklage begrenzt wird. Die Obergrenze für die Rücklage liegt nach geltendem Recht (§ 261) bei einer Monatsausgabe. Die demgegenüber um 0,5 Monatsausgaben verminderte Obergrenze wird damit begründet, dass das Einnahmerisiko mit Einführung des Gesundheitsfonds von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen sei.

Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung kann die zuständige Aufsichtsbehörde 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 des 1,0-fachen einer Monatsausgabe innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrages. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch den Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Krankenkassen, die ihre Finanzreserven nicht entsprechend der vorgegebenen Fristen nach Absatz 2a abgebaut haben und die zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, müssen den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abführen. Dies soll die Krankenkassen unter Druck setzen, ihren Zusatzbeitragssatz so festzusetzen, dass oberhalb der Höchstgrenze liegende Finanzreserven konsequent abgebaut und keine neuen überschießenden Finanzreserven aufgebaut werden.

Übersteigen die Finanzreserven nach erfolgtem Abbau bzw. nach ggf. erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds in einem späteren Haushaltsjahr erneut das 1,0-fache der nach dem

Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe, hat die Krankenkasse im Regelfall erneut drei Jahre Zeit, die überschießenden Mittel abzubauen.

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weiterzuentwickeln ist. Vor Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven sollen die finanziellen Auswirkungen der RSA-Reform abschätzbar sein. Deshalb ist diese Verpflichtung erst und nur dann ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform erfolgt ist.

B) Stellungnahme

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach Haushaltsplan sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Eine Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe wäre zu niedrig angesetzt. Zwar ist es richtig, dass das Einnahmenrisiko seit dem 1. Januar 2009 auf den Gesundheitsfonds übergegangen ist. Die Krankenkassen erhalten, unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung, monatlich ein Zwölftel der für das Haushaltsjahr auf der Grundlage der prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds garantierten Zuweisungen. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass die Planungsunsicherheit auf der Ausgabenseite u. a. mit der wachsenden Bedeutung zum Teil extrem teurer ‚Innovationen‘, insbesondere im Arzneimittelbereich, deutlich zugenommen hat. Als Beispiele sind neben den Hepatitis C-Arzneimitteln neue Wirkstoffe insbesondere zur Krebsbehandlung und die zunehmende Bedeutung von Orphan Drugs zu nennen.

Bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragsatzsenkungen verpflichtet werden, sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformansätze eingehend evaluiert werden. Der offenbar angestrebte massive Abbau von Finanzreserven ist ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal.

Dies umso mehr, als es in der letzten Legislaturperiode gelungen ist, der Qualität der Versorgung als Wettbewerbsparameter eine wachsende Bedeutung zu geben. Erzwungene, teilweise massive Zusatzbeitragsabsenkungen, die trotz einer Verteilung auf drei Jahre jährlich bis zu einem Beitragssatzpunkt betragen können, und eine im Bereich von rd. einem Dutzend zu erwartende Anzahl von Krankenkassen, die gezwungen werden, keinen Zusatzbeitrag zu erheben, werden dagegen wiederum den reinen Preiswettbewerb forcieren. Dabei sollte aus

Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Fokus des Wettbewerbs verstärkt auf die Versorgungsseite ausgerichtet werden.

Im Übrigen ist aus Umfragen unter GKV-Versicherten bekannt, dass die Versicherten mehrheitlich eine Reservebildung zur Sicherung mittel- bis langfristig stabiler Beitragssätze kurzzeitigen Beitragssatzsenkungen vorziehen.

Gelingt es einer betroffenen Krankenkasse im Falle der Realisierung der beabsichtigten Neuregelung nicht, ihre Finanzreserve so weit abzubauen, dass die (zudem abgesenkte) Obergrenze nicht überschritten wird, sind die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Dass eine Krankenkasse, die aufgrund nicht rechtmäßiger Datenmeldungen in den Morbi-RSA neben zu viel erhaltenen Zuweisungen auch einen Sanktionsaufschlag in Form zusätzlicher Mittel zahlen muss, die an den Gesundheitsfonds abzuführen sind, ist anerkannt und wird als sachgerecht empfunden. Gleiches gilt sicherlich auch für den mit diesem Gesetz vorgesehenen Strafaufschlag auf eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Bestandsbereinigung nach § 323 (neu). Dass aber eine Krankenkasse durch Abführung von Finanzmitteln in den Gesundheitsfonds sanktioniert wird, weil ihre Haushaltsplanung für das letzte Jahr des Rücklagenabbaus von einer günstigeren als der prognostizierten Ausgaben- oder Einnahmenentwicklung überholt wird, ist nicht akzeptabel.

Der implizite Vorwurf, dass sich Krankenkassen in Fällen hoher Überschüsse jeweils strategisch schlecht gerechnet hätten, lässt außer Acht, wie schwierig für die Krankenkassen die Erstellung einer zutreffenden Prognose sein kann. So betrug im Jahr 2016 der vom Bundesgesundheitsministerium auf der Grundlage der Schätzerkreisprognose festgelegte Zusatzbeitragssatz 1,1 v. H.; der tatsächlich im Durchschnitt erhobene Zusatzbeitragssatz lag etwas darunter. Deshalb wurden von den Krankenkassen insgesamt 292 Mio. Euro weniger Einnahmen aus Zusatzbeiträgen generiert als sich mit dem aus Sicht des Schätzerkreises ex ante seriös geschätzten durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatz ergeben hätten. Angesichts des erforderlichen Rücklagenaufbaus einiger Krankenkassen, bedeutet dies zugleich, dass andere Krankenkassen über abgesenkte Zusatzbeitragssätze Rücklagen abbauen wollten.

Bekanntlich sind die Ausgaben der GKV im Jahr 2016 (und in der Folge auch in 2017) deutlich niedriger ausgefallen als prognostiziert. Die Höhe der haushaltsplanrelevanten Größe ‚mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen‘ wurde aufgrund der Fehleinschätzung so stark verändert, dass dies allein bei den Krankenkassen mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (hierunter finden sich naturgemäß die Krankenkassen mit den vermeintlich zu hohen Finanzreserven) isoliert betrachtet eine Ergebnisverbesserung um nahezu 0,9 Mrd. Euro zur Folge hatte. Für die Krankenkassen ist die mitgliederbezogene Veränderung im

Allgemeinen eine feste Planungsgröße. Selbst dann also, wenn eine Krankenkasse ihre eigenen Ausgaben zutreffend prognostiziert hat, erfuhr sie somit auf der Einnahmenseite eine u. U. erhebliche Ergebnisverbesserung, die jenseits des Prognostizierbaren lag. Da es also unmöglich ist, Prognoseunsicherheit auszuschalten, ist es auch nicht akzeptabel, Fehlschätzungen zu sanktionieren. Zur Finanzautonomie gehört es auch, Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen. Planungsunsicherheiten haben sich allein mit dem Wegfall des Einnahmenrisikos für die Krankenkassen nicht einfach aufgelöst, mechanistische Ansätze im Umgang mit Finanzreserven sind deshalb unsachgerecht und abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 261 Rücklage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich und die Definition einer Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Neuregelung in Nr. 8 ablehnt, ist auch die Folgeregelung in § 261 abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) 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.

B) Stellungnahme

Ungeachtet der GKV-seitigen Ablehnung der mit Nummer 8 beabsichtigten Neuregelung des § 260 ist mit Vorliegen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats eine Entscheidung zur Weiterentwicklung des RSA geboten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird erstmalig eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve in Verbindung mit der Überführung überschüssiger Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit einhergehend eine Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der bereits gesetzlich definierten und der weiteren im Koalitionsvertrag vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve zur (Co-)Finanzierung von Innovations- und Strukturfonds erscheint der gewählte Schwellenwert sachgerecht. Eine Anwendung fände die beabsichtigte Regelung zukünftig erst, wenn die Einnahmen des Gesundheitsfonds schneller wachsen als prognostiziert. In diesem Fall ist die Nutzung der überschießenden Mittel zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen angebracht. Die Beschränkung dieser Überführung auf 0,1 Beitragssatzpunkte der beitragspflichtigen Einnahmen erscheint wenig diskussionswürdig, zumal es zu wiederholten deutlichen Fehlprognosen kommen müsste, um überhaupt eine solche Größenordnung zu erreichen. Gleichwohl kann dies auch für einen Verzicht auf eine solche Begrenzung sprechen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 323 SGB V wird eine Übergangsregelung bei der Umsetzung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes geschaffen. Die Übergangsregelung hat folgende Inhalte:

- Verpflichtung für die Krankenkassen zur Durchführung einer Bereinigung der Mitgliederbestände in Bezug auf den Personenkreis nach § 188 Absatz 4 SGB V (vgl. Absatz 1) einschließlich der Fristsetzung zur Erledigung der Bereinigungsaktion
- Definition der versicherungsrechtlichen Kriterien für die vorgenannte Bereinigung (vgl. Absatz 2)
- Regelungen zu den Auswirkungen der Bereinigungsaktion auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Absätze 3 bis 5).

Nach den Absätzen 1 und 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 SGB V zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt, noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Darüber hinaus setzt die Aufhebung der Mitgliedschaft voraus, dass auch die familienversicherten Angehörigen des Mitglieds keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse beansprucht haben. Die Bereinigung ist nicht auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften beschränkt. Im Falle einer Aufhebung der Mitgliedschaft sind auch daraus ggf. abgeleitete Familienversicherungen zu stornieren. Die Bestandsbereinigung erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag nach der Verkündung des Gesetzes und ist bis zum 15. Juni 2019 durchzuführen.

Nach Absatz 3 werden die Krankenkassen verpflichtet, das Ergebnis der Bestandsbereinigung dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Prüfdiensten zum 15. Juni 2019 in Form einer entsprechenden Datenmeldung über den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Absatz 4 ermächtigt das Bundesversicherungsamt, für Ausgleichsjahre, für die der Jahresausgleich bereits korrigiert oder die Korrekturmeldung bereits abgegeben wurde, einen Korrekturbetrag zu ermitteln und durch Bescheid geltend zu machen. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen.

Nach Absatz 5 soll die Prüfung der Bestandsbereinigung durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) in Form einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 erfolgen. Bei sich hieraus ergebenden weiteren Korrekturen des Mitgliederbestandes ermittelt das BVA wiederum einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag von 25 % versehen wird. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren, damit eine Prüfung auch dieser ansonsten bereits zu löschenden Daten möglich ist.

B) Stellungnahme

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V) von der angeordneten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die vorgesehenen Regelungen des § 323 Abs. 3 und 5 SGB V zur Prüfung der Bereinigung durch die Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V stornierte Mitgliedschaften. Diese Bestimmungen sind aber aktuell noch nicht in Kraft, mit der Folge, dass eine vor dem Inkrafttreten bereinigte Mitgliedschaft als nicht nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V bereinigt gälte und damit nicht in das Prüf- und Rückzahlungsverfahren von § 323 Abs. 3 und 5 SGB V fiele. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen

aus dem Gesundheitsfonds für bereinigte Versicherungszeiten nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, bedarf es in Absatz 3 einer Ergänzung, dass auch die Versichertentage der Mitgliedschaften einschließlich Familienversicherter zu melden sind, bei denen seit der letzten Korrekturmeldung Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Die Ergänzung bewirkt, dass § 323 SGB V auch für alle Mitgliedschaften gilt, die bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG außerhalb der Regelung nach § 323 SGB V storniert wurden.

Weiterhin ist u. E. hinsichtlich der in § 323 Absatz 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 12 wird § 323 Absatz 2 SGB V n. F. wie folgt gefasst:

„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 Gesetzbooks 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.“

Entsprechend sollte auch in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, alle freiwilligen Mitgliedschaften, nicht allein die Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 begründet wurden, zu überprüfen und zu bereinigen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (keine Kontaktaufnahme, keine Beitragszahlungen, keine Leistungen) erfüllt sind.

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.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 28 von 49

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.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstaben a) und b)

§ 9 Freiwillige Versicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit ausscheiden, ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung in der GKV vor. Das Beitrittsrecht ist – abgesehen von der Zugehörigkeit zum Personenkreis – an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft und steht daher allen Personen zu, unabhängig davon, wie die Betroffenen in der Zeit vor dem Dienstverhältnis versichert waren. Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit anzuzeigen.

B) Stellungnahme

Die Rechtsänderung ist hinsichtlich ihrer Zielsetzung, eine bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen, zu begrüßen. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung bedarf jedoch in Teilen einer Nachjustierung. Da die Vorschriften zu Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft nicht angepasst wurden, würde die freiwillige Mitgliedschaft erst mit dem Tag des Beitrittes beginnen und für eine ggf. entstehende Versicherungslücke eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall notwendig werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu Beginn der Mitgliedschaft in § 188 Absatz 2 SGB V sollten entsprechend konkretisiert werden, um eine lückenlose Absicherung im Krankheitsfall nach dem Wegfall der truppenärztlichen Versorgung für die Betroffenen zu gewährleisten.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit anzunehmen ist, um ihnen eine beitragsfreie Familienversicherung bzw. bei einem Einkommen oberhalb der Freigrenze des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 einen günstigeren Versicherungsschutz als nebenberuflich Selbstständige zu ermöglichen, wird ersatzlos gestrichen. Ab 1. Januar 2019 gelten für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen die allgemeinen Kriterien mit der Folge, dass hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Familienangehörige typisierend und generalisierend ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens von der beitragsfreien Familienversicherung ausgeschlossen sind (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V); sie partizipieren jedoch von der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in § 240 Absatz 4 SGB V, die zur Verstetigung der verbesserten Einkommenssituation dieses Personenkreises beiträgt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den gesetzlichen Krankengeldanspruch nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu wählen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der ab 1. Januar 2019 an geltenden beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen ist die beabsichtigte Neuregelung folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstaben a) und b)

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aktuell für freiwillig in der GKV versicherte hauptberuflich Selbstständige im Regelfall geltende Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des kalendertäglich vierzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Damit einher geht auch der Wegfall der zurzeit noch notwendigen Differenzierung zwischen dem regelmäßig maßgeblichen vierzigsten und dem unter bestimmten Bedingungen zulässigen sechzigsten Teil der Bezugsgröße innerhalb der Gruppe der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen.

Darüber hinaus wird der in § 240 Absatz 4 Satz 6 SGB V enthaltene Verweis auf die Besonderheiten der Statusfeststellung bei der Beurteilung der selbstständigen Tätigkeit der Tagespflegepersonen nach Vorgaben des § 10 Absatz 1 Satz 3 SGB V aufgrund der Streichung des Letzteren (vgl. Artikel 2 Nummer 2) ebenfalls gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ist grundsätzlich zu begrüßen. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger durch entsprechende Nachjustierungen der beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen.

Als problematisch ist jedoch die Höhe der vorgesehenen Mindestbemessungsgrundlage zu bewerten. Die vorgesehene Regelung erscheint inkonsistent und berücksichtigt nicht ausreichend die prägenden Grundsätze der Beitragsbemessung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V. Dies aus folgenden Gründen:

Zunächst ist grundsätzlich zu begrüßen, dass an der Systematik einer besonderen Mindestbeitragsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige festgehalten wird. Letztlich stellt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sicher, dass sich hauptberuflich selbstständige Mitglieder nicht zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können und in der Folge die Solidargemeinschaft der Beitragszahler belasten. Die höhere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige stellt insoweit sicher, dass Selbstständige nicht strukturell begünstigt werden, weil die Beitragsbemessung bei

ihnen nicht wie bei anderen Mitgliedern am Bruttoeinkommen, sondern an dem um die Betriebsausgaben bereinigten Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit anknüpft (Nettoprinzip).

Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine entsprechende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor; die Differenz zur aktuellen allgemeinen und für alle anderen freiwilligen Mitglieder geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt jedoch lediglich rund 130 Euro. Die bislang mit der für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage intendierte Berücksichtigung der vorgenannten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen dürfte damit kaum sicherzustellen sein.

Darüber hinaus steht die Festlegung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße jedenfalls nicht uneingeschränkt im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V; danach sind bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Das Arbeitsentgelt eines in Vollzeit beschäftigten Arbeitnehmers liegt unter Berücksichtigung des geltenden Mindestlohns (8,84 Euro je Stunde) aktuell in einer Größenordnung von rund 1.530 Euro. Es erscheint vor diesem Hintergrund zumindest fraglich, ob die im Entwurf vorgesehene Mindestbeitragsbemessungsgrundlage noch im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V steht oder diese Vorgabe – bei einem Festhalten an der Regelungsabsicht – entsprechend anzupassen wäre.

Der bereits in der Vergangenheit vom GKV-Spitzenverband vorgetragene Vorschlag, für alle hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro) zu bestimmen, würde dagegen der Regelungssystematik des § 240 SGB V umfänglich entsprechen, der politischen Regelungsintention hinreichend Rechnung tragen und zugleich die aufgezeigten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (Brutto- bzw. Nettoprinzip) angemessen berücksichtigen. Im Übrigen wäre auch hiermit der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung sichergestellt.

Sofern gleichwohl an den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages, der eine deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige in der nunmehr vorgesehenen Größenordnung vorsieht, festgehalten werden soll, wäre angesichts der ohnehin marginalen Differenz zur allgemeinen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage darüber nachzudenken, ob die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für haupt-

beruflich selbstständig Erwerbstätige in Gänze aufgegeben wird und statt dessen eine für alle Mitglieder einheitliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des neunzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße vorgehalten wird, da die mit den bislang differenzierten Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen intendierten Regelungsabsichten durch die vorgesehene signifikante Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ohnehin marginalisiert werden. Dies würde für die Krankenkassen die Beitragsbemessung insofern erleichtern, als eine Prüfung der Hauptberuflichkeit der selbstständigen Erwerbstätigkeit gänzlich entfallen könnte.

C) Änderungsvorschlag

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige wird auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt. Alternativ wird für alle freiwilligen Mitglieder die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 248 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine vollständige paritätische Tragung der Beiträge (unter Einschluss des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) durch den Rentenbezieher einerseits und den Rentenversicherungsträger andererseits angeordnet wird.

Für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Landabgabereuten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG), die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V den Versorgungsbezügen zugeordnet werden, wird daher – neben der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes – auch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes angeordnet.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt und aus der Rente der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherungsträgern herzustellen, ist es folgerichtig, für die Bezieher von Renten und Landabgabereuten nach dem ALG ebenfalls – unter Einschluss des Zusatzbeitragssatzes – eine halbe Beitragslast vorzusehen.

Die Regelung korrespondiert zudem mit der entsprechenden Änderung im Recht der Krankenversicherung der Landwirte (Artikel 7 Nr. 3, Änderung des § 39 Abs. 2 Satz 3 KVLG 1989).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstaben a) und b)

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollen von Arbeitgebern und Beschäftigten künftig paritätisch finanziert werden. Die Regelungen sehen deshalb vor, dass auch Beiträge auf der Grundlage des Zusatzbeitragssatzes vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte getragen werden.

B) Stellungnahme

Unter der politischen Maßgabe, dass die Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitgebern und den Beschäftigten jeweils hälftig aufzubringen sind, wird durch die vorgesehenen Regelungen die gewünschte paritätische Finanzierung hergestellt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstaben a) und b)

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sollen vom Rentner und Rentenversicherungsträger paritätisch finanziert werden. Dies wird dadurch erreicht, dass die bzw. sämtliche nach der Rente zu bemessenden Beiträge und damit auch der Zusatzbeitrag vom versicherungspflichtigen Rentner und Rentenversicherungsträger jeweils zur Hälfte getragen werden (Buchstabe a).

Mit der Änderung unter Buchstabe b wird die Parität bei den beitragsfreien Waisenrenten nach § 48 SGB VI in der Weise nachvollzogen, dass der Rentenversicherungsträger in diesem Fall gleichfalls die Hälfte des Beitrags (und nicht nur, wie bisher, die nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessenen Beiträge) und damit auch die Hälfte des Zusatzbeitrags trägt.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern herzustellen, ist es folgerichtig, auch bei den Beiträgen aus der Rente eine vollständige Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern vorzusehen. Dieses Ziel wird bei versicherungspflichtigen Rentnern mit der vorgesehenen hälftigen Beitragstragung durch den Rentner und Rentenversicherungsträger – unter Einschluss des Zusatzbeitrags – erreicht.

Die weitere Änderung für Waisenrentner stellt eine sachgerechte Folgeänderung dar.

Für vergleichbare Renten aus dem Ausland im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bisher keine Anpassung der Beitragsbelastung für den Versicherten vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Es ist zu prüfen, ob die Tragung des Zusatzbeitrags aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland durch Anpassung in § 247 Satz 2 SGB V in gleichem Umfang zu verringern ist.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe a)

§ 257 Abs. 1 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (für ehemalige Zeitsoldaten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Beitragszuschuss des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer sollen auf ehemalige Zeitsoldaten, die der GKV nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V als freiwilliges Mitglied beigetreten sind, entsprechend angewendet werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum neuen Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV für alle Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Dienst (vgl. Artikel 2 Nr. 1).

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass auch die der GKV freiwillig beigetretenen ehemaligen Zeitsoldaten einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag erhalten, die unmittelbar nach der Beendigung des Dienstverhältnisses eine dem Grunde nach versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind; die Höhe des Zuschusses zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V und des § 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe b)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat krankenversicherte Arbeitnehmer soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Umsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die Regelung stellt sicher, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar ist mit dem Beitragsanteil des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstaben a) und b)

§ 106 Zuschuss zur Krankenversicherung (Parität bei freiwillig versicherten Rentnern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Änderung unter Buchstabe a handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine vollständige paritätische Tragung der Beiträge (unter Einschluss des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) durch den Rentenbezieher einerseits und den Rentenversicherungsträger andererseits angeordnet wird. Durch die Änderung wird erreicht, dass für freiwillig krankenversicherte Rentenbezieher als Zuschuss der halbe Betrag geleistet wird, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragsatzes (wie bisher) zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes nach § 242 SGB V (neu) ergibt.

Durch die Änderung unter Buchstabe b wird die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V, wonach für versicherungspflichtige Rentner Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten, hinsichtlich der Höhe des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher für entsprechend anwendbar erklärt.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt und aus der Rente der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherungsträgern herzustellen, ist es folgerichtig, auch bei den Beiträgen aus der Rente von freiwillig krankenversicherten Rentnern eine vollständige Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern vorzusehen. Dieses Ziel wird mit der vorgesehenen Einbeziehung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes bei der hälftigen Bemessung des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung erreicht.

Um eine im Vergleich zu den versicherungspflichtigen Rentenbeziehern abweichende Berechnung des Trägeranteils bzw. Beitragszuschusses zu vermeiden, bietet es sich an, sich an der Formulierung des § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V für den Beitragszuschuss für Beschäftigte zu orientieren.

Die unter Buchstabe b vorgesehene zeitliche Verzögerung bei der Anwendung eines veränderten Zusatzbeitragssatzes für die Bemessung des Zuschusses wird kritisch beurteilt. In der Konsequenz hätte dies zur Folge, dass eine Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes erst mit einer zweimonatigen Verzögerung durch eine entsprechende Anhebung des Zuschusses kompensiert wird und der Rentenbezieher damit für zwei Monate den Erhöhungsbetrag allein zu tragen hat.

C) Änderungsvorschlag

Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

1. Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des Betrages geleistet, den der Rentenversicherungsträger entsprechend § 249a Satz 1 SGB V bei Versicherungspflicht des Rentenbezieher zu tragen hätte.“

Nummer 1 Buchstabe b wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 172c Altersrückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog der für die gesetzlichen Krankenkassen in Artikel 1 Nr. 3 vorgesehenen Neuregelung soll auch den Unfallversicherungsträgern die Möglichkeit eröffnet werden, bis zu 20 Prozent ihres Deckungskapitals für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 25 Absatz 1 Satz 2 Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der vorgesehenen Änderung bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 2 Nr. 2). Damit wird die Regelung, nach der für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung bzw. bei einem Einkommen oberhalb der Freigrenze des § 25 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 einen günstigeren Versicherungsschutz als nebenberuflich Selbstständige zu ermöglichen, ersatzlos gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und folgerichtig, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)

§ 7 Altersrückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog der für die übrigen Krankenkassen in Artikel 1 Nr. 3 vorgesehenen Neuregelung soll auch der Landwirtschaftlichen Krankenkasse – respektive der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – die Möglichkeit eröffnet werden, bis zu 20 Prozent ihres Deckungskapitals für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 3 wird verwiesen.

Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 1

§ 10 Beitragszuschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss für selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Versicherungspflicht befreit sind und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

Der Beitragszuschuss für selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a i. V. m. § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsfrei oder nach den §§ 6 oder 7 von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Umsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Sie stellt sicher, dass auch der Beitragszuschuss für diesen Personenkreise den Zusatzbeitragssatz berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 2

§ 16 Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Versicherte hat künftig an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrags gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des hälftigen Zusatzbeitrages nach § 242 Abs. 1 SGB V zu zahlen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)

Nr. 2

§ 11b Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung (hier: Absatz 1)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht in Verbindung mit der Einführung eines Beitrittsrechts zur freiwilligen Krankenversicherung in der GKV für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit ausscheiden (vgl. Artikel 2 Nummer 1). Für die Dauer des Bezuges von Übergangsgebührrnissen beteiligt sich der Dienstherr künftig an den Kosten für die Krankenversicherung (in der GKV oder PKV) der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten in Form eines Beitragszuschusses. Für Mitglieder der GKV wird der Zuschuss in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebührrnisse zu entrichtenden Beiträge gezahlt. Die Zuschussberechtigung erfasst alle Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder nach dem neu eingeführten § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V Mitglied geworden sind. Die Übernahme der hälftigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ist als Ausgleich für den Wegfall der zurzeit bestehenden Beihilfeberechtigung konzipiert.

B) Stellungnahme

Die Zuschussregelung dient der Zielsetzung, den Zugang zur GKV für die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten attraktiver zu gestalten, und ist daher in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung zu begrüßen. Es zeichnen sich jedoch einzelne Regelungslücken ab, die einer Konkretisierung bedürfen.

Zunächst ist davon auszugehen, dass der Zuschuss neben den Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung auch die Aufwendungen für die soziale Pflegeversicherung umfassen soll. Dies sollte entsprechend klargestellt werden.

Ferner ist bislang kein Zuschuss für die Personen vorgesehen, die ihre während der Dienstzeit bestehende „beitragsrechtliche Anwartschaft“ nach Beendigung des Dienstes in ein „reguläres“ Mitgliedschaftsverhältnis umwandeln, also nicht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V der GKV als freiwilliges Mitglied beitreten.

Darüber hinaus bedarf es möglicherweise im Rahmen der Zuschussgewährung auch einer Berücksichtigung der Übergangsbeihilfe nach § 12 SVG. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Rechtsanspruch auf diese Leistung auch nach Beendigung des Dienstverhältnisses (und somit während der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV) entstehen kann. In diesem Fall wäre von der Beitragspflicht der Übergangsbeihilfe als einmalige Einnahme im Rahmen der freiwilligen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 47 von 49

Versicherung auszugehen. Bei einem solchen Szenario bedarf es einer gesetzlichen Regelung, aus der die Intention des Gesetzgebers im Kontext der Zuschussgewährung hervorgeht.

C) Änderungsvorschlag

Die sich aus der Stellungnahme ergebenden Hinweise bzw. Fragestellungen sollten einer Klärung zugeführt werden.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Mit Artikel 1 Nummer 5 wird die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, wenn der Aufenthaltsort des Mitglieds ab einem bestimmten Zeitpunkt dauerhaft für die Krankenkasse nicht ermittelbar ist und bestimmte weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Für die Durchführung der Mitgliedschaft für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, ergibt sich aus versicherungs- und beitragsrechtlicher Sicht eine identische Problemlage, die mit dem vorliegenden Entwurf jedoch nicht erfasst wird. Es bietet sich daher an, die Vorschriften über die Beendigung der Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen mit den inhaltsgleichen Regelungen zu ergänzen, die nach der neuen Rechtslage für freiwillige Mitglieder gelten sollen.

B) Begründung

Der Grundsatz der Gleichbehandlung verlangt eine Synchronisierung der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft bei den zwei vorgenannten Personengruppen. Dies dient darüber hinaus einer konsequenten Umsetzung der Intention des Gesetzgebers, dem Zuwachs von Beitragsrückständen wirksam zu begegnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 190 Absatz 13 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Die Mitgliedschaft der in § 5 Absatz 1 Nr. 13 genannten Personen endet

1. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird oder
3. mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten

weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.“