

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung (GKV-VEG)

Stand: 1.10.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	7
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
• Zu Artikel 1 Nr. 1 § 16 (Ruhe des Anspruchs)	7
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 171 b (Insolvenz von Krankenkassen)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 3 § 171 e (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 4 a) § 188 (Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft).....	10
• Zu Artikel 1 Nr. 5 § 191 (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft).....	12
• Zu Artikel 1 Nr. 6 § 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder).....	14
• Zu Artikel 1 Nr. 7 § 242 (Zusatzbeitrag).....	16
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 260 (Betriebsmittel)	17
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 261 (Rücklage)	18
• Zu Artikel 1 Nr. 10 § 268 (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs).....	19
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 271 (Gesundheitsfonds).....	20
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 323 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4)	21
• Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch....	24
• Zu Artikel 2 Nr. 1 § 9 (Freiwillige Versicherung)	24
• Zu Artikel 2 Nr. 2 § 10 (Familienversicherung)	26
• Zu Artikel 2 Nr. 3 § 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder).....	27
• Zu Artikel 2 Nr. 4 § 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen).....	29
• Zu Artikel 2 Nr. 5 § 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung).....	30
• Zu Artikel 2 Nr. 6 § 249 a (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	31
• Zu Artikel 2 Nr. 7 a) § 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	32
• Zu Artikel 2 Nr. 7 b) § 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	33
• Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	34
• Zu Artikel 3 Nr. 1 § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung).....	34
• Zu Artikel 3 Nr. 2 § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung).....	35

• Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	36
• Zu Artikel 4 Nr. 1 § 172c (Altersrückstellungen)	36
• Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	37
• Zu Artikel 5 Nr. 1 § 25 (Familierversicherung)	37
• Artikel 6 Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.....	38
• Zu Artikel 6 Nr. 1 § 25 (Altersrückstellungen, Verordnungsermächtigung)	38
• Artikel 7 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	39
• Zu Artikel 7 Nr. 1 § 8 (Grundsatz).....	39
• Zu Artikel 7 Nr. 2 § 22 (Beginn der Mitgliedschaft).....	40
• Zu Artikel 7 Nr. 3 § 39 (Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer)	41
• Zu Artikel 7 Nr. 4 § 48 (Tragung der Beiträge durch Dritte).....	42
• Zu Artikel 7 Nr. 5 § 66 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3)	43
• Artikel 8 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.....	44
• Zu Artikel 8 Nr. 1 § 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung).....	44
• Artikel 9 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes.....	45
• Zu Artikel 9 Nr. 1 § 10 (Beitragszuschuss)	45
• Zu Artikel 9 Nr. 2 § 16 (Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung)	46
• Artikel 11 Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes	47
• Zu Artikel 11 Nr. 2 § 11b (Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung).....	47
3. Ergänzender Änderungsbedarf	48
• § 256b SGB V –neu– (Übernahme rückständiger KV– und PV– Beiträge durch die Leistungsträger nach dem SGB II oder Träger der Sozialhilfe).....	48
• § 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2, § 240 SGB V (Beitragspflicht bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen und sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen).....	49

1. Allgemeiner Teil

Paritätische Finanzierung

Im Zentrum des Entwurfs eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) steht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1.1.2019. Dieses Vorhaben entspricht einer langjährigen Forderung des vdek und wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung sieht vor, dass die Beiträge zur GKV in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentenversicherung und Rentenbeziehern getragen werden. Das heißt der bisherige, ausschließlich durch die GKV-Mitglieder zu tragende Zusatzbeitrag soll, wie der allgemeine Beitragssatz, ebenfalls paritätisch finanziert werden. Im Durchschnitt werden die GKV-Mitglieder so um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet. Der vdek begrüßt die Entlastungen der GKV-Mitglieder. Positiv ist auch, dass mit der Regelung die Arbeitgeber wieder stärker in die Verantwortung für Kostensteigerungen in der GKV eingebunden werden.

Abschmelzen von Finanzreserven

Der Entwurf sieht außerdem vor, Beitragsentlastungen durch Abschmelzen der Finanzreserven bei den Krankenkassen herbeizuführen. Krankenkassen, die über hohe Rücklagen verfügen, werden verpflichtet, diese systematisch abzubauen und damit ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu senken. Dazu werden die Obergrenzen für Rücklagen und Betriebsmittel im SGB V zusammengeführt und abgesenkt. Künftig darf die Finanzreserve einer Krankenkasse das Einfache einer Monatsausgabe nicht mehr übersteigen. Darüber hinausgehende Mittel sind zur Senkung des Zusatzbeitragssatzes aufzuwenden. Den Krankenkassen steht dafür laut Gesetzentwurf ein Zeitraum von drei Jahren, im Einzelfall und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde, von zwei weiteren Jahren zur Verfügung. Ist ein Abschmelzen der Rücklagen auch in fünf Jahren nicht möglich, sind die verbleibenden Überschüsse an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Diese Maßnahme wird den Wettbewerb unter den Krankenkassen weiter intensivieren. Nach Ansicht des vdek sollten zunächst die Kosten für die im Koalitionsvertrag angekündigten Reformen seriös abgeschätzt werden, bevor gesetzgeberisch Eingriffe mit direkter Auswirkung auf die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen vorgenommen werden.

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Regelungen zum Abschmelzen von Finanzreserven erst ab dem 1.1.2020 in Kraft treten sollen und dies auch nur, wenn bis zum 31.12.2019 eine Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in Kraft getreten ist. Diese Verknüpfung wird vom vdek ausdrücklich begrüßt. Ebenso positiv zu bewerten ist, dass der Morbi-RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates fortzuentwickeln ist.

Änderung mitgliedschaftsrechtlicher Vorschriften zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der vdek begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zum Umgang mit den hohen Beitragsrückständen in der GKV. In der Begründung wird die Ursache für diese Rückstände im Wesentlichen durch den Zusammenhang zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag (Beitragsfestsetzung nach der Beitragsbemessungsgrenze) als Sanktionierungsinstrument gesehen. Die geplanten Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden sehen vor, dass eine Versicherung über die oAV nur erfolgen kann, wenn der Aufenthalt der betreffenden Person geklärt ist (Wohnsitz im Geltungsbereich des Gesetzes oder überwiegender Aufenthalt dort). Weiter sind freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn die Personen für die Krankenkassen nach Ausschöpfung ihrer Mittel im Geltungsbereich des Gesetzes nicht auffindbar sind. Dies soll dazu beitragen, ungerechtfertigte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen und keine Beiträge entrichten, zu verhindern.

Diese Problematik ist in den vergangenen Jahren am Beispiel der „Saisonarbeiter“ deutlich geworden und hatte zu gesetzgeberischen Gegenmaßnahmen geführt, die zu Beginn des Jahres 2018 in Kraft getreten sind. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält nun ergänzende Regelungen, mit denen zu Unrecht bezogene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht nur für Saisonarbeiter, sondern auch für sonstige nicht auffindbare freiwillig Versicherte, rückwirkend korrigiert werden sollen. Der vdek begrüßt das Vorhaben ausdrücklich. Es ist jedoch zwingend erforderlich, dass eine gesetzliche Klarstellung erfolgt, mit der sichergestellt wird, dass die Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds infolge der Bestandsbereinigung im Bereich der obligatorischen Anschlussversicherung nicht verfälscht werden kann. Der vdek sieht hierbei insbesondere die Gefahr, dass Krankenkassen aktuell ihre Bestände durchforsten und diese im Vorgriff auf das Inkrafttreten des GKV-VEG bereinigen. So würde der Sanktionsmechanismus umgangen.

Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige

Mit dem Gesetzentwurf soll die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige, freiwillig gesetzlich Versicherte auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße gesenkt werden. Dies entspricht einer Halbierung des bisherigen Mindestbeitrags. Der vdek bewertet die Regelung grundsätzlich positiv. Durchschnittlich beträgt der dann zu zahlende Mindestbeitrag für den betroffenen Personenkreis dann noch 175 Euro (voraussichtlicher Wert 2019).

Durch die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage entfallen Prüfnotwendigkeiten bei den Krankenkassen und damit Verwaltungsaufwände. Die Entlastung der Selbstständigen mit geringen Einnahmen wird im Kontext der weiteren Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden dazu beitragen, dass ein weiterer Anstieg des Beitragsschuldenbergs gebremst wird.

Die finanzielle Belastung der GKV durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige wird vom Bundesministerium für Gesundheit auf 800 Millionen Euro veranschlagt. Eine Kompensation der Belastung ist im Referentenentwurf nicht vorgesehen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zulasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Aus Sicht des vdek wäre eine Refinanzierung durch den Bundeshaushalt daher sachgerecht.

In diesem Zusammenhang verweist der vdek auf die Stellungnahme des Bundesrats (Drs. 375/18 B), in der unter Randnummer 9 eine ausgabendeckende Finanzierung der GKV-Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II durch den Bund gefordert wird. Dieser Forderung schließen sich die Ersatzkassen an.

Altersrückstellungen der Krankenkassen

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

Finanzreserve Gesundheitsfonds

Der vdek begrüßt die Einführung einer Obergrenze bei der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Regelung entspricht einer langjährigen Forderung des vdek. Die über der Obergrenze liegenden Mittel jährlich in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen ist richtig. So stehen diese Mittel dann richtigerweise für die Versorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 1

§ 16 (Ruhe des Anspruchs)

Sachverhalt

Die Regelung verpflichtet die Kassen, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass im Falle von Hilfebedürftigkeit Beiträge von Jobcentern oder Trägern der Sozialhilfe übernommen werden.

Bewertung

Die Informationspflicht der Krankenkasse nach Absatz 3b soll dazu beitragen, die Beitragsschulden zu begrenzen, denn vielfach ist den Betroffenen gar nicht bekannt, dass sie bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII Anspruch auf einen Beitragszuschuss (§ 26 SGB II) oder auf Übernahme der Beiträge haben (§§ 32 und 32a SGB XII). Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und sich bis dahin Beitragsrückstände unnötig aufbauen.

Die bloße Informationspflicht ist nicht zielführend. Hilfreicher erscheint, ergänzend die Möglichkeit einer rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger zu schaffen.

In diesem Zusammenhang bleibt offen, ob die Zuschuss- oder Übernahmeberechtigung sich auch auf die bereits bestehenden Beitragsrückstände erstreckt, die Anlass für die Information nach § 16 Abs. 3b SGB V sind. Nach der Gesetzesbegründung wäre das nicht der Fall. Dies kann aber nicht Zweck der Regelung sein, wenn es darum geht, Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen.

Änderungsvorschlag

In § 16 Absatz 3b -neu- wird folgender Satz angefügt:

„Stellen die zuständigen Leistungsträger die Hilfebedürftigkeit fest, so übernehmen sie auch die Beiträge, die Anlass für die Information des Mitglieds durch die Krankenkasse nach Satz 1 waren, einschließlich der Folgebeiträge.“

Zu Artikel 1 Nr. 2
§ 171b (Insolvenz von Krankenkassen)

Sachverhalt

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 8 (Begrenzung der Betriebsmittel auf eine Monatsausgabe).

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 3

§ 171e (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)

Sachverhalt

Die Regelung verpflichtet die Träger der GKV Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz war durch das 6. SGB IV-Änderungsgesetz ab 2016 die Möglichkeit geschaffen worden, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Anlagen in Aktien bieten den Vorteil höherer Erträge und verbessern die Streuung des Deckungskapitals. Dem steht ein Risiko aufgrund der Volatilität der Aktienkurse gegenüber. Höhere Erträge bedeuten eine Entlastung der Krankenkassen beim Aufbau des Deckungskapitals und damit letztlich auch eine Entlastung der Versicherten. Die weitere Streuung des Deckungskapitals verringert das Risiko. Durch den langen Anlagezeitraum ist das Risiko durch volatile Kurse gering. Die weitere Erhöhung der Quote auf 20 Prozent ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen und wurde von den Ersatzkassen auch in der Vergangenheit immer gefordert.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 4 a)
§ 188 (Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Die Regelungen über die obligatorische Anschlussversicherung (oAV) werden verändert:

Der neue Satz 4 des § 188 Abs. 4 SGB V legt fest, dass die oAV nicht entsteht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nicht feststellen kann. Gegenüber dem Referentenentwurf ist der Satz stringenter gefasst, da das Wort „solange“ durch das Wort „wenn“ ersetzt worden ist.

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

Es handelt sich um die redaktionelle Änderung einer Verweisungs-vorschrift.

Der neue Absatz 5 beinhaltet die Ermächtigung des GKV-SV zur Sicherstellung einer einheitlichen Auslegung und Anwendung der Ermittlungspflichten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 5).

Bewertung

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

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

Ebenso ist der neue Absatz 5 zu begrüßen. Der Terminus „Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten“ ist unbestimmt und lässt viel Spielraum auch für Prüfungen durch das BVA. Insoweit ist es erforderlich, dass entsprechende Richtlinien vorgegeben werden, wie dieser Terminus auch unter Berücksichtigung von § 20 SGB X (Amtsermittlungspflicht) und § 21 SGB X (von der Krankenkasse im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens heranzuziehende Beweismittel) zu interpretieren ist bzw. welche Prüfschritte notwendig sind, die dem Terminus „Ausschöpfung der Erkenntnismöglichkeiten“ gerecht werden.

Insoweit ist es wichtig, dass nun in § 188 Abs. 5 SGB V vorgesehen wird, dass der GKV-SV entsprechende Richtlinienkompetenz eingeräumt bekommt und

die Richtlinien der Genehmigung des BMG bedürfen. Damit wird der Interpretationsspielraum für Krankenkassen, wie sie diese Fälle aufzuklären haben, eingeschränkt und auch die Aufsichtsbehörden müssen diese Richtlinien umsetzen.

Eine solche Richtlinienkompetenz war vom vdek auch in der Stellungnahme zum Referentenentwurf eingefordert worden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 5
§ 191 (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Mit den Vorgaben des § 191 Nr. 4 SGB V wird ein neuer Grund für eine Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV eingeführt.

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

1. in diesen sechs Monaten keine Beiträge zahlt,
2. in diesen sechs Monaten keine Leistungen in Anspruch nimmt und
3. die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ermitteln konnte.

Die Mitgliedschaft endet also, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Gleichzeitig werden auch die Bedingungen für die Annahme festgelegt.

Eine freiwillige Mitgliedschaft ist nach Ablauf von mindestens sechs Monaten mit dem Beginn dieses Zeitraum zu beenden, wenn das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung des gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist. Pauschale Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen zählen nicht zu einer Inanspruchnahme von Leistungen.

Bewertung

Die Regelungen werden begrüßt. Sie übernehmen entsprechende Vorschläge, die der GKV-SV unter Beteiligung des vdek und der anderen Krankenkassenverbände erarbeitet und dem BMG übermittelt hat. Sie gehören zu dem Gesamtkonzept, den Aufbau fiktiver Mitgliedschaften zu verhindern, bei denen die Möglichkeit besteht, dass die zu versichernde Person sich gar nicht in Deutschland aufhält und damit die deutschen Vorschriften keine Anwendung finden. Diese Änderungen sind notwendig, um auszuschließen, dass für solche fiktiven Mitgliedschaften Beitragsschulden anfallen oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds generiert werden können.

Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 191 Satz 1 Nr. 4 SGB V bei sechsmo-
natiger „Kontaktlosigkeit“ sieht wie in § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V Ermittlungen durch die Krankenkasse zum Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt vor. Auch hier gibt der GKV-SV rechtssichere Richtlinien vor, vgl. die Änderungen zu § 188 Abs. 5 SGB V.

Änderungsvorschlag
Keiner.

Sachverhalt

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

Nach der bisherigen Rechtslage war eine rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung nur möglich, wenn das Mitglied die Nachweise über geringere beitragspflichtige Einnahmen innerhalb von drei Monaten nach dem maßgeblichen Beitragsbescheid beibrachte. Nun soll eine Korrektur möglich sein, wenn die Nachweise innerhalb eines Jahres vorgelegt werden (§ 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V – neu). Werden die Beiträge hiernach rückwirkend korrigiert, fallen für die insofern zu zahlenden Beiträge nur noch Säumniszuschläge in Höhe der nach der Beitragskorrektur zu zahlenden Beiträge an (§ 240 Abs. 1 Satz 5 SGB V – neu).

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

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

Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden und soll für die Betroffenen Anreize schaffen, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen.

Bewertung

Die Regelungen zu § 240 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V – neu gehören zu dem Gesamtkonzept, Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen.

Mit der einjährigen Nachholungsfrist wird ein sachgerechter Ausgleich zwischen nachträglicher Mitwirkung und den Sanktionen bei fehlender Mitwirkung

herbeigeführt. Das gilt auch für die Maßnahme, dass bei Korrekturen entsprechend Satz 5 der Vorschrift die Säumniszuschläge nur nach dem korrigierten Beitrag zu erheben sind.

Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen, eine rückwirkende Beitragskorrektur vorzunehmen, wenn „hinreichende Anhaltspunkte“ dafür vorliegen, dass die Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, ist nicht sachgerecht. Zudem werden die Krankenkassen verpflichtet weitere Informationen zu ermitteln. Bei Mitgliedern, deren Beiträge wegen fehlender Mitwirkung festgesetzt wurden, ist dies nicht erfolgversprechend. Außerdem werden mit dieser Regelung „Verweigerer“ belohnt und die GKV-Versichertengemeinschaft belastet. Insoweit liegt auch ein unverhältnismäßiger Aufwand vor.

Änderungsvorschlag

§ 240 Absatz 1 Satz 4 -neu- wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 7
§ 242 (Zusatzbeitrag)

Sachverhalt

Die Krankenkassen dürfen den Zusatzbeitragssatz erst erhöhen, wenn die zum Bestreiten laufender Ausgaben nicht benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 SGB V eine bestimmte Grenze unterschreiten. Für die Berechnung dieser Grenze ist die aktuellste KV 45 heranzuziehen.

Die Vorschrift ist gegenüber dem Referentenentwurf präzisiert worden.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Teil des Gesetzespakets, der sich mit der zwangsweisen Abschmelzung der Betriebsmittel und der damit einhergehenden erzwungenen Beitragssatzabsenkung befasst (vgl. Art. 1 Nr. 8, 9 und 11 = §§ 260, 261 und 271 SGB V).

Schon an dieser Stelle ist anzumerken, dass vor Eingriffen des Gesetzgebers in die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen die Kosten der angekündigten weiteren Gesetzesänderungen zunächst seriös abgeschätzt werden müssen.

Die „nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel“ sind ein unbestimmter Begriff. Innerhalb eines Monats werden Mittel benötigt, um die Zahlungsfähigkeit (Liquidität) der Kasse zwischen den Auszahlungsterminen des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Abhängig davon, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Zahlungsfähigkeit sicherzustellen ist sowie von der Kassengröße sind Mittel bis deutlich über einer Monatsausgabe denkbar. Ohne eine nähere Definition der Höhe der Mittel kann der Ermessensspielraum beträchtlich sein.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 8
§ 260 (Betriebsmittel)

Sachverhalt

Die zwingende Obergrenze (bisher „Soll“) für Betriebsmittel und Rücklagen der Kassen soll innerhalb von 3 Jahren vom 1,5-fachen einer Monatsausgabe auf eine Monatsausgabe reduziert werden.

Auf Antrag einer Krankenkasse kann die Aufsichtsbehörde die Frist um zwei Jahre verlängern.

Die Aufsicht kann auch eine höhere Obergrenze bei kleinen Kassen unter 50.000 Mitglieder zulassen.

Bewertung

Zu der Bewertung der Änderungsvorhaben zu den §§ 260, 261 und 271 (Nr. 10 bis 12) wird zunächst auf die Bemerkungen zu § 242 (vgl. Nr. 7) verwiesen.

Die vorgesehene Betriebsmittelobergrenze wird kritisch gesehen.

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

Es wird begrüßt, dass der Abbau der Rücklagen über die Absenkung des Zusatzbeitragssatzes nur dann greifen soll, wenn bis zum 31.12.2019 der Risikostrukturausgleich fortentwickelt worden ist. Eine schnellstmögliche Reform des RSA – erst Recht in Zusammenhang mit dieser neuen Regelung – ist eine explizite Forderung der Ersatzkassen.

Dennoch ist zu befürchten, dass der Abbau der Mittel die Unterschiede zwischen den Kassen weiter verschärfen und zu Verzerrungen im Wettbewerb führen wird. Dadurch werden die bestehenden Wettbewerbsvor- und -nachteile weiter ausgebaut.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 9
§ 261 (Rücklage)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgewirkung der Änderungen des § 260 in Artikel 1 Nr. 8.

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

Bewertung

Siehe Bewertung zu Artikel 1 Nr. 8 Änderung des § 260.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 10

§ 268 (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

Sachverhalt

Das im November 2017 durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegte Sondergutachten zu den Wirkungen des RSA hat u. a. gezeigt, dass im RSA systematische Über- und Unterdeckungen auf Versicherungsebene bestehen. Eine ungleiche Verteilung dieser Versicherten-Gruppen auf die Krankenkassen kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Darüber hinaus hat der Wissenschaftliche Beirat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die regionale Verteilungswirkung des RSA untersucht. Auf der Grundlage dieser Gutachten ist der RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen.

Bewertung

Insgesamt handelt es sich um eine Änderung, die auf den § 260 zurückgeht und ein Junktim zwischen dem Abschmelzen der Betriebsmittel und Rücklagen auf eine Monatsausgabe und der Reform des RSA darstellt.

Die Festlegung auf eine zeitnahe Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 11
§ 271 (Gesundheitsfonds)

Sachverhalt

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

Eine Obergrenze ist bislang gesetzlich nicht geregelt, vielmehr darf die Liquiditätsreserve lediglich eine Mindestreserve von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht unterschreiten (§ 271 Absatz 2 Satz 3).

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.

Bewertung

Durch die Regelung kann eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds vermieden und die Mittel den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 12

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

Sachverhalt

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.

Bewertung

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 angedachten 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 Versicherungstage 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, insbesondere vor dem Hintergrund eines hierfür aufgrund des Prüfumfanges eventuell erforderlichen Stichprobenverfahrens. Sollte die Prüfung der Bestandsbereinigung nicht im Rahmen einer Vollerhebung durchgeführt werden können, bedarf es zur inhaltlichen Legitimation und Akzeptanz festgestellter Rückzahlungsbeträge, die zudem einen Aufschlag enthalten, eines mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Hochrechnungsverfahrens.

Änderungsvorschlag

1)

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.“

2)

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 Versicherungentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versicherungszeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

3)

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

Zu Artikel 2 Nr. 1

§ 9 (Freiwillige Versicherung)

Sachverhalt

Die Neuregelung eröffnet Soldatinnen und Soldaten auf Zeit (SaZ) ein eigenes Beitrittsrecht nach dem Ende der Dienstzeit. Die Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 6 SGB V bestimmt, dass der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis anzuzeigen ist.

Bewertung

Die Regelungen setzen das Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag (Zeilen 7505 bis 7513) um, „eine bessere soziale Absicherung von Bundeswehrangehörigen, insbesondere auch beim Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende der Dienstzeit von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen und dadurch Versorgungslücken zu schließen“.

Mit diesem Beitrittsrecht soll ehemaligen Zeitsoldaten auch dann eine Beitrittsmöglichkeit eröffnet werden, wenn sie z.B. im Anschluss an die Dienstzeit eine dem Grunde nach versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen und nur deshalb nicht versicherungspflichtig würden, weil sie wegen Vollendung des 55. Lebensjahres nach den Regelungen des § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind.

Es ist darauf hinzuweisen, dass mit einem Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V zur GKV auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung begründet wird (§ 20 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

Die sozialpolitische Entscheidung, Soldaten auf Zeit nach Ende Ihrer Dienstzeit einen Zugang zur GKV eröffnen, ist zu begrüßen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nach § 188 Abs. 2 SGB V die Mitgliedschaft mit dem Tage des Beitritts beginnt. Wenn beispielsweise der ehemalige SaZ zum 31.03.2019 aus dem Dienst ausscheidet und erst am 20.06.2019 seinen Beitritt erklärt, würde dem Grunde nach für die Zeit vom 01.04.2019 bis 19.06.2019 eine Versicherungslücke entstehen. Um zu vermeiden, dass kurzfristige unnötige Wechsel in der Versicherungsart und ggf. dem zuständigen Träger entstehen, erscheint es sachgerecht, die Mitgliedschaft nicht mit dem Tage des Beitritts beginnen zu lassen, sondern im direkten Anschluss an das Ende der Dienstzeit. Das ist sachgerecht und würde auch mit dem Beginn der Drei-Monats-Frist zur Erklärung des Beitritts harmonisieren.

Änderungsvorschlag

1)

In § 188 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 genannten Personen beginnt mit dem Tag, der auf den Tag des Endes der Dienstzeit folgt“.

Begründung:

Die Änderung zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V regelt das grundsätzliche Beitrittsrecht für ehemalige Zeitsoldaten. Die Anpassung zu Abs. 2 der Vorschrift bestimmt, dass die Antragsfrist drei Monate nach Ende der Dienstzeit beträgt. Der Vorschlag zu § 188 Abs. 2 SGB V ermöglicht einen lückenlosen Übergang von dem Status Soldat auf Zeit in eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 2 Nr. 2
§ 10 (Familienversicherung)

Sachverhalt

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

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung der Neufassung des § 240 Abs. 4 SGB V zur Beitragsbemessung der hauptberuflich selbstständig Tätigen. Nach der deutlichen Absenkung des Mindestbeitrages für diese Personengruppe besteht keine Notwendigkeit mehr, die genannten Tagespflegepersonen von der Hauptberuflichkeit auszunehmen. Das ist sachlich in Ordnung.

Ein positiver Nebeneffekt ergibt sich zusätzlich. Wenn Tagespflegepersonen als hauptberuflich selbstständig gelten, haben sie die Möglichkeit, auf einen Anspruch auf Krankengeld zu optieren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 3

§ 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder)

Sachverhalt

Mit den Änderungen des § 240 Abs. 4 SGB V wird die Beitragsfestsetzung für hauptberuflich selbständig Tätige neu geregelt:

- Künftig ist als eigenständige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen (Satz 2 der Vorschrift);
- Sonderregelungen für Existenzgründer, deren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage bei dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße lag, entfallen.
- Auch die Sonderregelungen für bedürftige Selbständige werden gestrichen (Wegfall der Sätze 3 bis 5 der Vorschrift).

Die Streichung des Satzes 6 ist eine Folgeänderung zum Wegfall des Hauptberuflichkeitsausschlusses bei Tagespflegepersonen (vgl. Artikel 2 Nr. 2).

Bewertung

Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V setzt den Beschluss aus dem Koalitionsvertrag um, die Beitragsbemessung für hauptberuflich selbständig Tätige neu zu gestalten und im Bereich der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu einer spürbaren Beitragsentlastung zu gelangen. Das wird mit der Neuregelung erreicht. Denn die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage wird quasi halbiert. Der Mindestbeitrag sinkt von 342 Euro auf 171 Euro monatlich. Das wird für die Betroffenen eine spürbare Entlastung zur Folge haben.

Wie die insoweit prognostizierten Beitragsmindereinnahmen von 800 Mio. Euro jährlich gegenfinanziert werden sollen, bleibt ungeklärt.

Es ist sachgerecht, die Frage Beitragsbemessung für selbständig Tätige nur über die beitragspflichtigen Einnahmen zu lösen. Das erspart die Schaffung von schwer zu händelnden Vorschriften, die den vielfach zitierten „Kleinselbstständigen oder Solo-Selbstständigen“ definieren. Deshalb ist es auch vollkommen richtig, die Regelungen zu § 240 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V zu den bedürftigen Selbständigen zu streichen. Auch diesem Personenkreis wird nun mit der Beitragsbemessungsgrundlage nach dem 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße (bisher 60. Teil) hinreichend Rechnung getragen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Eine Refinanzierung ist daher geboten.

Die Tatsache, dass es künftig neben der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (derzeit 1.015 Euro) für sonstige freiwillig Versicherte und eine diesem Betrag angenäherte aber dennoch abweichende Beitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige gibt, ist hinnehmbar. Insoweit kann dem

Ansatz aus der Gesetzesbegründung gefolgt werden, dass die besondere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage dem Umstand Rechnung trägt, dass die Selbständigen Betriebsausgaben absetzen können.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 4

§ 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

Sachverhalt

Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) gelten beitragsrechtlich als Versorgungsbezüge. Für diese Einnahmen gilt der halbe allgemeine Beitragssatz. Derzeit ist der volle Zusatzbeitrag durch den Versicherten zu zahlen. Mit der Neuregelung wird die Beitragsbemessung nach dem Zusatzbeitrag auf den halben Zusatzbeitrag der Krankenkasse begrenzt, der der Versicherte angehört.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Beitragsparität.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 5

§ 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

Sachverhalt

Zu Buchstabe a)

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

Zu Buchstabe b)

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

Bewertung

Die Vorschriften regeln die Umsetzung der Beitragsparität im Bereich der Arbeitnehmer. Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Der vdek hat sich bereits seit geraumer Zeit für eine weitestgehende Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der Krankenversicherung eingesetzt.

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

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 6

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

Sachverhalt

zu a)

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

Zu b)

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

Bewertung

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

Die Regelungen sind sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 7 a)

§ 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

Sachverhalt

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die aufgrund der Neuregelungen zum Beitrittsrecht für ehemalige Zeitsoldaten der GKV beigetreten sind (vgl. Artikel 2 Nr. 1), haben gegenüber Ihrem Arbeitgeber einen Anspruch auf Beitragszuschuss.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Beitrittsrechts für ehemalige Soldaten auf Zeit, wenn sie deshalb nicht versicherungspflichtig in der Beschäftigung werden, weil wegen der Vollendung des 55. Lebensjahres die Vorgaben des § 6 Abs. 3a SGB V anzuwenden sind. Durch den Beitragszuschuss wird sichergestellt, dass diese Personen beitragsrechtlich nicht benachteiligt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 7 b)

§ 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer wird auf die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V ausgedehnt. Bei Buchstabe bb) handelt es sich um eine redaktionelle Folgebestimmung zu einer Verweisungsregelung.

Bewertung

Nach den gesetzlichen Vorgaben sollen privat versicherte Arbeitnehmer gleichbehandelt werden mit den in der Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten. Deshalb ist es konsequent, wenn im Zuge der Wiedereinführung der Parität in der GKV der Arbeitgeberzuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer auch nach dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit bemessen wird. Eine Überzahlung kann nicht entstehen, denn der Beitragszuschuss ist letztlich auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden PKV-Beitrags begrenzt. Eine Anpassung der Regelungen zum Beitragszuschuss für in der GKV freiwillig versicherte Arbeitnehmer ist nicht notwendig, weil der jetzige Wortlaut auch für die ab 01.01.2019 geltende Rechtslage einschlägig ist und den kassenindividuellen Zusatzbeitrag hälftig berücksichtigen wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 3 Nr. 1

§ 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss durch den Rentenversicherungsträger für in der GKV freiwillig versicherte Rentner wird auf den (halben) Zusatzbeitrag der Krankenkasse, der der Rentner angehört, ausgedehnt.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt. Sie ist vom vdek im Rahmen der Fachanhörung zum Referentenentwurf des GKV-VEG am 07.05.2018 gefordert worden, denn im Zuge der Parität, ist eine Gleichbehandlung der freiwillig versicherten Rentner mit den pflichtversicherten Rentnern geboten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 3 Nr. 2
§ 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

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

Bewertung

Nach der Gesetzesbegründung sollen privat versicherte Rentner gleichbehandelt werden mit den in der Krankenversicherung freiwillig versicherten Rentnern. Deshalb ist es konsequent, wenn im Zuge der Wiedereinführung der Parität in der GKV der Beitragszuschuss der Rentenversicherungsträger für privat versicherte Rentner auch nach dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz mit bemessen wird. Eine Überzahlung kann nicht entstehen, denn der Beitragszuschuss ist letztlich auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden PKV-Beitrags begrenzt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4 Nr. 1

§ 172c (Altersrückstellungen)

Sachverhalt

§ 172c SGB VII verpflichtet die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz war die Möglichkeit geschaffen worden, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Für die GKV in § 171e Abs. 2a SGB V eine entsprechende Regelung vorgesehen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 3).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 5 Nr. 1

§ 25 (Familienversicherung)

Sachverhalt

Es wird eine Vorschrift zum Verweis auf die Durchführung der Familienversicherung in der GKV geändert.

Bewertung

Die sachgerechte Anpassung ergibt sich aus dem Wegfall der Sonderregelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der GKV zur versicherungsrechtlichen Beurteilung von Tagespflegepersonen, die nicht mehr als 5 fremde Kinder zeitgleich betreuen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 2 Nr. 1).

Änderungsvorschlag

Keiner.

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

Zu Artikel 6 Nr. 1

§ 25 (Altersrückstellungen, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

§ 7 Abs. 1a LSV-NOG verpflichtet die Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz besteht aktuell die Möglichkeit, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Für die GKV in § 171e Abs. 2a SGB V eine entsprechende Regelung vorgesehen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 3).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Zu Artikel 7 Nr. 1
§ 8 (Grundsatz)

Sachverhalt

Die LKK soll das Mitglied über die Möglichkeiten der Beitragsübernahme durch die Leistungsträger nach dem SGB II bzw. SGB XII unterrichten, wenn Beiträge für zwei Monate geschuldet werden.

Bewertung

Die Regelung übernimmt für die LKK die Vorgaben aus § 16b SGB V (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 1).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 2
§ 22 (Beginn der Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Eine obligatorische Anschlussversicherung kommt in der LKK nicht zustande, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherten in Deutschland nicht ermittelt werden konnte.

Bewertung

Die Regelung übernimmt für die LKK die Vorgaben aus dem neuen Satz 4 des § 188 Abs. 4 SGB V (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 4).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 3

§ 39 (Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer)

Sachverhalt

Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) gelten beitragsrechtlich als Versorgungsbezüge. Für diese Einnahmen gilt der halbe allgemeine Beitragssatz. Derzeit ist der volle durchschnittliche Zusatzbeitrag durch den Versicherten zu zahlen. Mit der Neuregelung, wird im Zuge der Regelungen über die Beitragsparität die Beitragsbemessung nach dem Zusatzbeitrag auf den halben durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V begrenzt.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Beitragsparität. Sie trägt der Besonderheit Rechnung, dass die die LKK keinen eigenen Zusatzbeitrag erhebt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 4
§ 48 (Tragung der Beiträge durch Dritte)

Sachverhalt

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

Bewertung

Die Änderung dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Rentner aus, die der LKK angehören.

Die Regelungen sind sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 5

§ 66 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3)

Sachverhalt

Auch die LKK hat entsprechend § 323 SGB V (vgl. Art. 1 Nr. 12) eine Bestandsbereinigung wegen Ihrer „kontaktlosen“ Mitgliedschaften (oAV) rückwirkend ab 01.08.2013 durchzuführen.

Bewertung

Obwohl die LKK nicht am RSA bzw. am Gesundheitsfonds teilnimmt, hat sie ihren Mitgliederbestand wegen der „kontaktlosen“ Mitgliedschaften zu überprüfen. Das ist sachgerecht, denn insoweit dürften auch dort Mitgliedschaften bestehen, deren „Pseudo-Beitragsrückstände“ einer Aufklärung bedürfen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

Zu Artikel 8 Nr. 1

§ 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für freiwillig in der GKV versicherte Bezieher einer Rente aus der Landwirtschaftlichen Alterskasse wird auf den (halben) durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V ausgedehnt. Gleiches gilt für den Beitragszuschuss von privat versicherten Beziehern einer Rente aus der Landwirtschaftlichen Alterskasse.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Beitragsparität. Zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll für in der GKV freiwillig versicherte Rentner der Landwirtschaftlichen Alterskasse der (halbe) durchschnittliche Zusatzbeitrag und nicht der (halbe) kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen werden. Das könnte systemwidrig sein. Andererseits handelt es sich um einen sehr geringen Personenkreis. Ferner ist eine Beitragsbemessung in der allgemeinen GKV nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht ungewöhnlich (vgl. § 242 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Insoweit kann der beabsichtigten Regelung gefolgt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 9 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Zu Artikel 9 Nr. 1

§ 10 (Beitragszuschuss)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss gegenüber der Künstlersozialkasse für freiwillig in der GKV versicherte Künstler wird auf den (halben) durchschnittlichen Zusatzbeitrag ausgedehnt. Gleiches gilt für den Beitragszuschuss von privat versicherten Künstlern im Sinne des KSVG.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Beitragsparität und ist dem Grunde nach sachgerecht. Zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll für die in der GKV freiwillig versicherten Künstler der (halbe) durchschnittliche Zusatzbeitrag und nicht der (halbe) kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen werden. Das könnte fragwürdig sein. Andererseits handelt es sich um einen sehr geringen Personenkreis. Ferner ist eine Beitragsbemessung in der allgemeinen GKV nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht ungewöhnlich (vgl. § 242 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Insoweit kann der beabsichtigten Regelung gefolgt werden, siehe auch Anmerkung zu Artikel 8. Ferner ist zu berücksichtigen, dass bei pflichtversicherten Künstlern für die Parität der halbe kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen wird und bei diesem Personenkreis systemgerecht verfahren wird. Vgl. nachstehende Änderung zu § 16 Abs. 1 Satz 1 KSVG.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 2

§ 16 (Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung)

Sachverhalt

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

Bewertung

Die Änderung in § 16 Abs. 1 Satz 1 KSVG dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Künstler aus. Sie entspricht einem Vorschlag des vdek im Rahmen der Fachanhörung zum Referentenentwurf am 07.05.2018.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes

Zu Artikel 11 Nr. 2

§ 11b (Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Nach § 11b Abs. 1 SVG haben Empfänger von Übergangsgebührrnissen Anspruch auf einen Beitragszuschuss durch den Dienstherren, wenn sie in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Auffangversicherungspflicht) oder im Rahmen der Neuregelung zum freiwilligen Beitritt ehemaliger Soldaten auf Zeit nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (vgl. Artikel 2 Nr. 1) versichert sind.

Abs. 2 der Vorschrift sieht einen Anspruch auf Beitragszuschuss gegenüber dem Dienstherren bei einer privaten Krankenversicherung für den Bezieher von Übergangsgeld vor.

Nach Abs. 3 werden die Beitragszuschüsse nach den Absätzen 1 oder 2 auch dann gewährt, wenn Übergangsgebührrnisse nicht gezahlt werden, weil Versorgungskrankengeld nach § 16 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, bezogen wird.

Bewertung

Es handelt sich um eine dienstrechtliche Folgeänderung zur Einführung des ab 01.01.2019 geltenden Beitrittsrechts für ehemalige Zeitsoldaten nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (vgl. Art. 2 Nr. 1) bzw. des Wegfalls des Anspruchs auf Beihilfe für Bezieher von Übergangsgebührrnissen.

Die Zuschussgewährung beschränkt sich nur auf die Beiträge zur Krankenversicherung. Es ist darauf hinzuweisen, dass mit einem Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V zur GKV auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung begründet wird (§ 20 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), vgl. dazu auch die Anmerkungen zu Artikel 2 Nr. 1. Das gilt letztlich auch bei Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird deshalb zu prüfen sein, ob die Regelung des § 11b SVG um Bestimmungen zur Zuschussgewährung wegen der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung zu erweitern sind.

Änderungsvorschlag

Ggf. Anpassung der Vorschriften zur Gewährung von Beitragszuschüssen für eine Pflegeversicherung.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

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

Sachverhalt

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

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

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

Vorschlag

Nach § 256a SGB V wird folgender § 256b SGB V eingefügt:

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

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

Sachverhalt

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

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

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

Vorschlag

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

Aus Sicht des vdek wäre folgende Lösung zu präferieren:

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

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

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

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

Politik@vdek.com