



Information für den Ausschuss
BKK Dachverband e.V.¹

Unaufgeforderte Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 28. November 2022 zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

20/3900

Siehe Anlage

¹ Die an den Ausschuss für Arbeit und Soziales übermittelte Ursprungsdatei ermöglichte keine Weiterverarbeitung zu einer barrierefreien Bundestagsdrucksache.

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 21.11.2022

Entwurf

eines Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und an- derer Gesetze

**(8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-
ÄndG)**

BT-Drs. 20/3900

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	5
Artikel 1 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	5
Nummer 16 Buchstabe b): Vereinbarungen zur Weiterleitung von Beiträgen (§ 281 Absatz 2 SGB IV)	5
Nummer 20 Buchstabe c): Verwaltung der Mittel (§ 80 Absatz 3 - neu - SGB IV)	6
Nummer 22 Buchstabe a) und b): Anlegung der Mittel (§ 83 SGB IV)	6
Nummer 29 Buchstabe a) Doppelbuchstaben bb) und cc): Annahmestellen (§ 97 Absatz 1 Satz 2 SGB IV)	6
Artikel 2 Weitere Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	8
Nummer 2: Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern (§ 95c SGB IV)	8
Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	9
Nummer 6: Ausübung des Wahlrechtes (§ 175 SGB V)	9
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	11
Elektronisches Abfrageverfahren zwischen der Landwirtschaftlichen Alterskasse der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	11
§ 3 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)	11
Einführung einer Mitteilungspflicht der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen bei Einleitung eines Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens	13
Aufforderung zur Umwandlung von Teil- auf Vollrente wegen Alters bei Krankengeldbezug (§ 51 SGB V)	14

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzentwurfes, den Datenaustausch zwischen Arbeitgebern und den Trägern der sozialen Sicherung, aber auch zwischen den Sozialversicherungsträgern zu verbessern und im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung anzupassen. Derartige Anpassungen sind u.a. bei den beitrags- und melderechtlichen Regelungen des SGB IV vorgesehen und werden von den Betriebskrankenkassen befürwortet. Gleichwohl regen die Betriebskrankenkassen folgende Anpassungen - bis hin zur Streichung – von Regelungen an:

- Die Krankenkassen müssen in ihrer Funktion als Einzugsstellen seit geraumer Zeit finanzielle Verluste bei der Verwaltung von Fremdbeiträgen durch die **Belastung mit Negativzinsen** hinnehmen. Um diese Belastung auszugleichen, fordern die Betriebskrankenkassen, Negativzinsen auch in den Zinsvereinbarungen nach § 281 Absatz 2 SGB IV zu berücksichtigen.
- Versicherungsträger sollen mit dem Entwurf verpflichtet werden, die Einhaltung der in § 80 Absatz 1 SGB IV genannten Anlagegrundsätze durch ein **qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement** sicherzustellen und dazu entsprechende Anlagerichtlinien zu erlassen. Ausfall- und Liquiditätsrisiken sind durch **Mischung und Streuung der Anlagen** zu begrenzen. Dies – und damit eine Vermeidung von Klumpenrisiken - wird jedoch in der Praxis schwer realisierbar sein.
- Die bestehenden **Annahmestellen** innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sollen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht in Frage gestellt werden. Regelungen, die dies nahelegen, sind entsprechend zu streichen.
- Bei einem Krankenkassenwechsel gilt die **Wahl einer neuen Krankenkasse** als Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse. Die neu gewählte Krankenkasse hat die bisherige Krankenkasse „unverzüglich“ über den Krankenkassenwechsel zu informieren. Die im Entwurf vorgesehenen Anpassung des § 175 SGB V sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen flankierend mit einer konkreten Frist für diese **Meldung der neu gewählten Krankenkasse** mit „unverzüglich, spätestens innerhalb von einer Woche nach Ablauf der Wahlfrist“ konkreter gefasst werden.

Die Betriebskrankenkassen regen zudem Änderungen an, die über die Regelungen des Gesetzentwurfes hinausgehen:

- Im Hinblick auf die vorgesehene Änderung des § 95c Absatz 1 SGB IV, nach der der **Datenaustausch zwischen allen Sozialversicherungsträger** künftig maschinell zu erfolgen hat, haben die Betriebskrankenkassen die Erwartungshaltung, dass auch das **Erstattungsverfahren der Sozialversicherungsträger nach den §§ 102 bis 105 SGB X** von diesem Digitalisierungsgebot betroffen ist. Ähnliches war bereits Gegenstand des Referentenentwurfes zum 7. SGB IV-ÄndG. Eine Konkretisierung würde hier zu einer zügigen Digitalisierung dieses Verfahrens wesentlich beitragen.

- Die Betriebskrankenkassen schlagen zudem ergänzend vor, dass die bisher papierhafte und regelmäßige **Abfrage der SVLFG bei den Krankenkassen zum Weiterbestand der Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht** in der landwirtschaftlichen Alterskasse im Sinne einer weiteren Digitalisierung **durch ein verwaltungskostenparendes elektronisches Datenaustauschverfahren ersetzt** wird, soweit dieses Abfrageverfahren nicht in Gänze eingestellt werden kann.
- Die Betriebskrankenkassen regen darüber hinaus, wie auch der GKV-Spitzenverband, ergänzend an, eine **Mitteilungspflicht auf elektronischem Wege der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen** bei Einleitung eines Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens einzuführen.
- Im Zusammenhang mit dem Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten sprechen sich die Betriebskrankenkassen dafür aus, die **Möglichkeit der Aufforderung zur Umwandlung einer Teilaltersrente in eine Vollrente** weiter aufrecht zu erhalten, aber an den vorgesehenen Rechtsrahmen anzupassen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 16 Buchstabe b): Vereinbarungen zur Weiterleitung von Beiträgen (§ 28I Absatz 2 SGB IV)

Bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – 7. SGB IV-ÄndG vom 25. September 2019 hat der GKV-Spitzenverband weiteren Änderungsbedarf angemahnt. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen seit geraumer Zeit finanzielle Verluste bei der Verwaltung von Fremdbeiträgen durch die Belastung mit Negativzinsen erleiden. Dies ist bedingt durch die sogenannten „Cut-Off-Zeiten“ der Geldinstitute. Dadurch können die bei den Einzugsstellen eingehenden Beiträge ab einer bestimmten Uhrzeit nicht mehr tagesgleich an die Fremdversicherungsträger weitergeleitet werden, sondern werden bei der Deutschen Bundesbank gesichert und mit einem entsprechenden Negativzins belastet. Diese finanzielle Belastung geben die Geldinstitute grundsätzlich an ihre Großkunden, also auch an die Einzugsstellen, weiter.

Die Problematik entsteht grundsätzlich dann, wenn bei den Krankenkassen Überweisungen nach der Cut-Off-Zeit eingehen oder teilweise, wenn im Tagesverlauf zunächst die Prüfung der Eingänge erforderlich ist. Geldeingänge in Folge von Lastschriftmandaten sind hiervon nicht betroffen.

Nach den Erkenntnissen und Beobachtungen der Krankenkassen ist festzustellen, dass es sich hierbei nicht um eine temporäre Besonderheit handelt, sondern auch fortgesetzt damit zu rechnen ist, dass die Geldinstitute die ihnen entstehende Belastung an die Einzugsstellen weitergeben. Die Betriebskrankenkassen unterstützen daher an die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, wonach die Negativzinsen auch in den Zinsvereinbarungen nach § 28I Absatz 2 SGB IV berücksichtigt werden müssen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 28I Absatz 2 werden nach dem Wort „erzielen“ die Wörter „oder mit Negativzinsen belastet sind“ eingefügt.

Nummer 20 Buchstabe c): Verwaltung der Mittel (§ 80 Absatz 3 - neu - SGB IV)

Zukünftig sollen die Versicherungsträger verpflichtet werden, die Einhaltung der in § 80 Absatz 1 SGB IV genannten Anlagegrundsätze durch ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement sicherzustellen und dazu entsprechende Anlagerichtlinien zu erlassen. Ausfall- und Liquiditätsrisiken sind durch Mischung und Streuung der Anlagen zu begrenzen.

Die im vorliegenden Gesetzentwurf ergänzte Formulierung, dass die Versicherungsträger hierzu Anlagerichtlinien erlassen, die im Verhältnis zu Art und Umfang Ihrer Anlagen stehen, wird seitens der Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus dürfte die geforderte Mischung und Streuung – insbesondere mit Blick auf die Zahlungsverkehrskonten zur Abwicklung des täglichen Giroverkehrs, die als Betriebsmittel nun auch unter die Definition des § 80 Absatz 1 fallen – nicht nur bei kleineren Versicherungsträgern in der Praxis schwer realisierbar sein. Gerade bei Krankenkassen als Einzugsstellen für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag haben hier rund um den Fälligkeitstermin für die Beitragszahlung temporär extrem hohe Guthaben, die sich punktuell nicht auf mehrere Einlagen streuen lassen. Eine Vermeidung von Klumpenrisiken ist in der Praxis nicht umsetzbar.

Hier und in der Folge auch in den Bestimmungen des § 83 SGB IV sollte eine Abgrenzung der Anlagekriterien für Betriebsmittel differenziert nach reinen Giroguthaben und kurzfristigen Geldanlagen erfolgen.

Nummer 22 Buchstabe a) und b): Anlegung der Mittel (§ 83 SGB IV)

Der Gesetzentwurf betont – im Gegensatz zum Referentenentwurf – dass gemäß Absatz 1 Nummer 2 c), dass der Schutzzumfang der Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft in jedem Fall mindestens bis zu der jeweiligen Sicherungsgrenze gewährleistet sein muss. Dies wird seitens der Betriebskrankenkassen begrüßt, da hiermit auf die Statuten des Bundesverbandes Deutscher Banken eingegangen wird, der eine Einlagensicherung bei gesetzlichen Krankenkassen nur dann vorsieht, falls diese wegen gesetzlicher Vorgaben gegeben sein muss.

Nummer 29 Buchstabe a) Doppelbuchstaben bb) und cc): Annahmestellen (§ 97 Absatz 1 Satz 2 SGB IV)

Durch die vorgesehene Änderung wird die Erwartungshaltung des Gesetzgebers formuliert, dass bestehende Annahmestellen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft werden sollen, wenn pro Krankenkassenart mehr als eine Annahmestelle besteht. Im weiteren Verlauf sind die am 1. Januar 2023 bestehenden Annahmestellen jedoch in ihrer Existenz geschützt.

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Regelung ab. Die Zugehörigkeit einer Krankenkasse zu einer der sechs Krankenkassenarten lässt keine Rückschlüsse darauf zu, dass eine bestimmte Annahmestelle zwangsläufig für diese Krankenkassenart vorgesehen wäre. Die überwiegende Mehrheit der Betriebskrankenkassen kann aufgrund des Einsatzes der Krankenkassensoftware BITMARCK_21c|ng bereits eine einzige Annahmestelle vorweisen, die auch von anderen Krankenkassenarten genutzt wird. Bereits aufgrund der schon heute praktizierten krankenkassenartenübergreifenden Nutzung von Annahmestellen geht die Regelungsabsicht, eine Annahmestelle pro Krankenkassenart zu betreiben, ins Leere bzw. für einzelne Krankenkassenarten müssten neue Annahmestellen erst noch errichtet werden.

Darüber hinaus ist die in Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) beschriebene Option, Aufgaben von den Annahmestellen auf den Kommunikationsserver zu übertragen, bereits dazu geeignet, die Bündelung von technischen Fehlerprüfungen an einer zentralen Stelle bei Bedarf sicherzustellen. Insofern besteht keine Notwendigkeit, zusätzlich die bestehenden Annahmestellen in Frage zu stellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a) Doppelbuchstaben bb) und cc) werden gestrichen.

Artikel 2 Weitere Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2: Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern (§ 95c SGB IV)

Mit der vorgesehenen Änderung des § 95c Absatz 1 SGB IV hat der Datenaustausch zwischen allen Sozialversicherungsträger maschinell zu erfolgen. Abweichungen von diesem Grundsatz sind ab Inkrafttreten der Regelung nicht mehr zulässig.

Die Betriebskrankenkassen befürworten diese Änderung ausdrücklich.

Spätestens ab dem 1. Januar 2027 sind mit Inkrafttreten der Änderungen in Absatz 1 die Regelungen des Absatz 2 in Gänze obsolet. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, diesen zum 1. Januar 2027 zu streichen.

Darüber hinaus verbinden die Betriebskrankenkassen mit der vorgesehenen Änderung die Erwartungshaltung, dass auch das Erstattungsverfahren der Sozialversicherungsträger nach den §§ 102 bis 105 SGB X von diesem Digitalisierungsgebot betroffen ist. Ähnliches war bereits Gegenstand des Referentenentwurfs zum 7. SGB IV-ÄndG. Eine Konkretisierung über den Begründungsteil wäre einer zügigen Digitalisierung dieses Verfahrens zuträglich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 95c Absatz 1 und Absatz 2-SGB IV werden gestrichen

(Der bisherige Wortlaut des bisherigen Absatzes 1 in der ab dem 1. Januar 2027 beabsichtigten Fassung wird inhaltsgleich übernommen und bildet sodann den §95c SGB IV).

§ 95c SGB IV wird wie folgt gefasst:

Haben Sozialversicherungsträger zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch Daten an einen Sozialversicherungsträger, eine berufsständische Versorgungseinrichtung, oder eine gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 4 Absatz 2 des Tarifvertragsgesetzes oder ~~das Bundesamt für Soziale Sicherung als Träger des Gesundheitsfonds oder eine Aufsichtsbehörde~~ zu übermitteln, soll ~~hat~~ dies durch Datenübertragung zu geschehen; § 95 gilt. In den Fällen der Übermittlung von Daten nach Satz 1 an das Bundesamt für Soziale Sicherung als Träger des Gesundheitsfonds oder eine Aufsichtsbehörde soll dies durch Datenübertragung erfolgen.

Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 6: Ausübung des Wahlrechtes (§ 175 SGB V)

Mit dem MDK-Reformgesetz sowie dem 7. SGB IV-Änderungsgesetz wurden die Grundlage des Krankenkassenwahlrechts weitgehend angepasst und ein elektronisches Meldeverfahren zwischen der bisherigen und der neu gewählten Krankenkasse eingeführt.

Das Instrument des aktiven Aussprechens einer Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ist nun nicht mehr vorgesehen. Vielmehr wird bei einem Krankenkassenwechsel die Wahl einer neuen Krankenkasse als Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse gewertet. Bei einem Wechsel des Versicherungsverhältnisses (z. B. Arbeitgeberwechsel) ist die Wahl einer neuen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt des neuen Versicherungsverhältnisses erforderlich. Einer Kündigung bedarf es auch in dieser Fallkonstellation nicht.

Die neu gewählte Krankenkasse hat die bisherige Krankenkasse „unverzüglich“ über den Krankenkassenwechsel zu informieren. Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass insbesondere die neu gewählte Krankenkasse ein großes Interesse daran hat, die Meldung an die bisherige Krankenkasse (sog. Initialmeldung) unverzüglich zu übermitteln. Auch ist es sowohl im Interesse der Kunden als auch der abgewählten Krankenkasse, so früh wie möglich über den anstehenden Krankenkassenwechsel Kenntnis zu erlangen. Neben den Fällen, in denen die Neumitglieder am letzten Tag der Wahlfrist eine neue Krankenkasse wählen und die neu gewählte Krankenkasse erst nach Ablauf der Wahlfrist (bestenfalls am Folgetag) die Initialmeldung an die bisherige Krankenkasse übermittelt, sind auch Fälle bekannt geworden, in denen die neu gewählte Krankenkasse die Initialmeldung teils Wochen später übermittelt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten die Wahlmöglichkeiten der Versicherten grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Jedoch würde mit der vorgesehenen Änderung des § 175 Absatz 4 SGB V eben dieses Organisationsversagen einzelner Wettbewerbsteilnehmer legitimiert. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, die Frist für die Abgabe der Initialmeldung konkreter zu fassen.

Hinsichtlich des Inkrafttretens der beabsichtigten Änderung muss außerdem berücksichtigt werden, dass die Vorlaufzeiten für die dadurch erforderlich werdenden Softwareanpassungen bei den Krankenkassen auskömmlich bemessen werden. Bei dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens im Dezember 2022 könnten diese Softwareanpassungen frühestens zum 1. Juli 2022 realisiert werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 175 wird wie folgt geändert:

1. *In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich“ die Wörter „spätestens innerhalb von einer Woche nach Ablauf der Wahlfrist“*
2. *Artikel 6 Nr. 6 a) - Änderung §175 Absatz 4 Satz 4 - wird gestrichen.*
3. *In Absatz 4 Satz 7 werden nach den Wörtern „auf das Kündigungsrecht nach Satz 6“ die Wörter „und dessen Ausübung“ eingefügt (wie im Gesetzentwurf vorgesehen)*

Artikel 34 wird um einen weiteren Absatz ergänzt:

„(10) Artikel 6 Nummer 6 tritt am 1. Juli 2023 in Kraft.“

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Elektronisches Abfrageverfahren zwischen der Landwirtschaftlichen Alterskasse der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

§ 3 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die dem Grunde nach der Versicherungspflicht nach § 1 ALG in der landwirtschaftlichen Alterskasse unterliegen, können sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen nach den Maßgaben des § 3 ALG von dieser Versicherungspflicht befreien lassen. Im Nachgang der Befreiung wird das Fortbestehen der ausgesprochenen Befreiung von der landwirtschaftlichen Alterskasse regelmäßig überprüft. Hintergrund ist, dass einzelfallbezogen seitens der Landwirtschaftlichen Alterskasse überprüft wird, ob weiterhin Erwerbs- bzw. Erwerbsersatz Einkommen außerhalb der Landwirtschaft bezogen wird. Die Überprüfung erfolgt derzeit im Rahmen von Amtshilfeersuchen der Landwirtschaftlichen Alterskasse papierhaft.

Soweit die im Rahmen des Überprüfungsverfahrens an die Krankenkassen gerichteten Amtshilfeersuchen der Landwirtschaftlichen Alterskasse nicht generell verzichtbar wären, sollte für die Befreiungsüberprüfung der Landwirtschaftlichen Alterskasse von Fällen nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 ALG (Bezug von außerlandwirtschaftlichem Erwerbs- oder Erwerbsersatz Einkommen) ein Datenaustauschverfahren mit den allgemeinen Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Einzugsstelle nach § 28i SGB IV eingerichtet werden. Abgefragt wird, ob für nach der vorgenannten Vorschrift Befreite ein Versicherungstatbestand nach §§ 5, 6, 8, 9 bzw. 192 SGB V vorliegt. Wenn dies der Fall ist, sind die Befreiungsvoraussetzungen auch weiterhin als erfüllt anzusehen.

Die bisher papierhafte und regelmäßige Abfrage der SVLFG zum Weiterbestand der Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht sowohl bei den Befreiten in der landwirtschaftlichen Alterskasse als auch bei in Frage kommenden Sozialversicherungsträgern wie z. B. der gesetzlichen Krankenkassen soll im Rahmen der Digitalisierung durch ein verwaltungskostensparendes Datenaustauschverfahren ersetzt werden. Das Mengengerüst wurde seitens der SVLFG allein für die bisherigen Abfragen bei den Krankenkassen auf 55.000 Fälle in einem turnusmäßigen Zeitraum von zwei Jahren beziffert. Die vorrangigen Abfragen bei den Versicherten sind um ein vielfaches umfangreicher. Diese entfielen ebenfalls mit dem Datenaustauschverfahren.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung, insbesondere hinsichtlich des Datenaustausches zwischen den Sozialversicherungsträgern (vgl. beabsichtigte Änderung des § 95 SGB IV), erscheint es geboten, auch dieses Datenaustauschverfahren in ein elektronisches Abfrageverfahren zu überführen.

Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das bisherige papierhaften Abfrageverfahren zu digitalisieren, soweit es nicht in Gänze eingestellt werden kann. GKV-weit würde das bisherige Massenverfahren im Wege eines Amtshilfeersuchens wegfallen. Die erforderlichen Daten könnten vielmehr im Rahmen der Dunkelverarbeitung der SVLFG zur Verfügung gestellt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Ergänzung von § 3 ALG um einen Absatz 5. Alternativ neue Verwendung des § 64 ALG im Abschnitt Datenschutz mit Überschrift „Auskünfte der gesetzlichen Krankenkassen“)

§ 3 ALG

(...)

„(5) Die landwirtschaftliche Alterskasse ist befugt, Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die nach Absatz 1 Nr. 1 von der Versicherungspflicht befreit sind, regelmäßig im Wege eines automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und nach welcher Vorschrift des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht für sie besteht. Sie übermittelt hierzu in einem automatisierten Verfahren an die zuständige Einzugsstelle (§ 28i des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Angaben zu

- 1. Familienname,*
- 2. Vorname,*
- 3. Tag der Geburt,*
- 4. Geschlecht,*
- 5. Anschrift,*
- 6. Versicherungsnummer (§ 147 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)*

der oder des Befreiten. Die Einzugsstellen führen den Abgleich der ihnen übermittelten Daten durch und leiten Feststellungen im Sinne des Satzes 1 an die landwirtschaftliche Alterskasse zurück. Die landwirtschaftliche Alterskasse darf die ihnen übermittelten Daten nur zur Überprüfung nach Satz 1 nutzen. Sind übermittelte Daten für die Überprüfung nach Satz 1 nicht mehr erforderlich, sind sie unverzüglich zu löschen. Es ist bei jeder Bewilligung einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 1 auf den automatisierten Datenabgleich hinzuweisen. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Gemeinsamen Grundsätzen.“

Einführung einer Mitteilungspflicht der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen bei Einleitung eines Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gegenüber den Unfallversicherungsträgern zur Auskunft verpflichtet, soweit Letztere Informationen zur Feststellung des Versicherungsfalls im Sinne des SGB VII benötigen. Hier werden regelhaft Auskünfte über die Behandlung, den Zustand sowie über die Erkrankungen und frühere Erkrankungen der Versicherten verlangt. Regelungen zur Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen in Form von Informationspflichten der Unfallversicherungsträger gegenüber den Krankenkassen, die der Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen dienen, sind bislang nicht vorgesehen.

Für Versicherte besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Leistungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind (§ 11 Absatz 5 SGB V). § 260 Absatz 1 SGB V sieht u.a. vor, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen nur für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben verwendet werden dürfen. Die Prüfung des Leistungsausschlusses nach § 11 Absatz 5 SGB V stellt demnach eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen dar. Sofern Krankenkassen als unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht haben, können sie gegenüber den zuständigen Leistungsträgern nach dem 3. Kapitel des SGB X grundsätzlich Erstattungsansprüche geltend machen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Erstattungsansprüche unter Berücksichtigung der Regelungen des § 111 SGB X fristgerecht geltend gemacht wurden.

Aufgrund fehlender gesetzlicher Informationspflichten der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen über laufende Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls (insbesondere in Fallkonstellationen, in denen kein D-Arzt-Bericht vorliegt), verfügen die Krankenkassen nicht vollständig über die erforderlichen Informationen zur fristwahrenden Anmeldung von entsprechenden Erstattungsansprüchen in den vorgenannten Fällen. Dies führt ggf. zu aufwändigen Rechtsstreitigkeiten und einer Vielzahl von rein vorsorglichen Verdachtsanzeigen sowie in einschlägigen Fällen zu einer finanziellen Belastung der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung trotz gesetzlichem Leistungsausschluss. Vor diesem Hintergrund sollte eine entsprechende Benachrichtigungspflicht des zuständigen Unfallversicherungsträgers an die Krankenkasse des Versicherten gesetzlich geregelt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 188 SGB VII wird die Überschrift wie folgt geändert:

„§ 188 Auskunftspflicht der Krankenkassen, Pflicht der Unfallversicherungsträger zur Benachrichtigung der Krankenkassen.“

§ 188 SGB VII wird um folgenden Absatz 2 ergänzt:

„Der Unfallversicherungsträger benachrichtigt die Krankenkasse des Versicherten auf elektronischem Wege bei Einleitung eines Verfahrens zur Prüfung des Vorliegens eines Versicherungsfalles. Das Nähere insbesondere zu den Anlässen, den erforderlichen Inhalten und zum Verfahren der Benachrichtigung regeln die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Aufforderung zur Umwandlung von Teil- auf Vollrente wegen Alters bei Krankengeldbezug (§ 51 SGB V)

Beziehende einer Teilrente wegen Alters, die eine Beschäftigung oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze ausüben, haben grundsätzlich im Krankheitsfall Anspruch auf Krankengeld. Lediglich bei Beziehern einer Vollrente wegen Alters ist der Anspruch ausgeschlossen (§ 50 Absatz 1 Nummer 1 SGB V).

Bislang haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Beziehende von Teil-Altersrenten im Leistungsfall aufzufordern, ihre Teil-Altersrente in eine Vollrente wegen Alters umzuwandeln, soweit absehbar ist, dass die Hinzuverdienstgrenzen nach § 34 SGB VI nicht überschritten werden. Soweit nach Aufforderung durch die Krankenkasse kein Antrag auf Umwandlung der Teil- in eine Vollrente wegen Alters gestellt wird, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf einer Frist von vier Wochen nach Aufforderung durch die Krankenkasse (§ 51 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

Aufgrund der vorgesehenen Streichung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten (Artikel 7 Nummer 4) aber weiterhin bestehender Möglichkeit der Inanspruchnahme von Teil-Altersrenten, könnte der Eindruck entstehen, dass die korrespondierenden Regelungen des § 51 Absatz 1a und Absatz 3 SGB V obsolet wären. Eine Streichung dieser Vorschrift lehnen die Betriebskrankenkassen allerdings ab. Vielmehr sollten die Regelungen des § 51 SGB V redaktionell angepasst werden, indem der Bezug zu den wegfallenden Hinzuverdienstgrenzen gestrichen wird. Das Instrument der Aufforderung zur Umwandlung einer Teil-Altersrente in eine Vollrente wegen Alters sollte dabei aufrechterhalten werden. Damit würde auch eine Gleichbehandlung von beschäftigten Teil- und Vollrentnern angestrebt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 51 SGB V „Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“ ist wie folgt zu ändern:

(...)

*„(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung **und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird**, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag auf Gewährung einer Vollrente nach **§ 42 34 Absatz 3e** des Sechsten Buches zu stellen haben.“*

(...)

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. ~~Ergibt sich im Falle des Absatzes 1 a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist."~~