



Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Vorbemerkungen Buchstabe E.3: Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Wir weisen darauf hin, dass die Umsetzung des Einkommensausgleichs für das Bundesversicherungsamt nicht aufwandsneutral sein wird. Die Gestaltung des Zusatzbeitrags als Beitrag eigener Art und die Durchführung des Einkommensausgleichs mit einer eigenen Zweckbindung der Mittel erfordert die Einrichtung neuer Buchungsstellen und Erfüllung zusätzlicher Nachweispflichten. Der für die verfahrensmäßigen und programmtechnischen Anpassungen zu leistende Aufwand kann derzeit nicht beziffert werden. Zudem könnte sich aus den Nachweispflichten, die den Krankenkassen entstehen, ein zusätzlicher Prüfaufwand (z.B. §§ 252 Abs. 5, 274 SGB V) ergeben.

Der erhöhte Prüf- und Koordinierungsaufwand im Rahmen satzungsrechtlicher Genehmigungen kann ebenfalls nicht aufwandsneutral erfolgen.

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 1 Nr. 1 (§ 137a SGB V-E)

Absatz 4 Satz 1

Nach den Wörtern „behinderter Menschen“ fehlen offenkundig die Wörter „maßgeblichen Organisationen“ (vgl. § 140f Abs. 1 SGB V).

Vorschlag:

Es wird angeregt, Satz 1 im Sinne der vorstehenden Ausführungen zu ergänzen.

Artikel 1 Nr. 2 (Sonderkündigungsrecht) iVm. Art. 14 Abs. 1 (Inkrafttreten zum 1. Januar 2015)

Zu den praktischen Auswirkungen des Referentenentwurfs wird im Hinblick auf den engen Zeitplan am Jahresende auf folgende Problematik zum Sonderkündigungsrecht hingewiesen.

Der Hinweis auf das Sonderkündigungsrecht ist an die erstmalige Fälligkeit des Zusatzbeitrages geknüpft (s. zu den mit dieser Anknüpfung verbundenen Problemen Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a). Er muss spätestens einen Monat vorher erfolgen (§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V n.F.). Da für die Fälligkeit des Zusatzbeitrages § 23 SGB IV (iVm. § 242 Abs. 4 SGB V-E) künftig entsprechend gilt, führt dies ausgerichtet am Maßstab des GSV- Beitragseinzugs zur Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Monats (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) und für die freiwilligen Beitragszahler bzw. sonstige Beitragszahler zum 15. des Folgemonats (§ 23 Abs. 1 S. 5 SGB IV).

Für den Hinweis auf das Sonderkündigungsrecht würde sich damit in Hinblick auf die erstmalige Fälligkeit des Zusatzbeitrages in 2015 eine Hinweispflicht der Kasse bereits bis zum drittletzten Bankarbeitstag im Dezember 2014 bzw. für die freiwilligen Versicherten bis zum 15. Januar 2015 ergeben. Dabei macht der GSV-Einzug das Gros der Beitragszahler aus. Aufgrund des engen Zeitplans Ende 2014 kann aber nicht für alle Kassen sichergestellt werden, dass sie bereits vor dem bzw. bis zum drittletzten Bankarbeitstag, also zum maßgeblichen Zeitpunkt für den Eingang des Hinweises auf das Sonderkündigungsrecht, über eine genehmigte Satzung zum Zusatzbeitrag verfügen. Dies führt in der Konsequenz zur Anwendung des § 175 Abs. 4 S. 7 SGB V, d.h. das Sonderkündigungsrecht verschiebt sich entsprechend. Dies hat aber auch die Folge, dass nicht auszuschließen ist, dass einige Kassen im Beitragsmonat Januar 2015 keinen Zusatzbeitrag erheben können und einen entsprechenden Beitragsausfall zu verzeichnen hätten.

Der Referentenentwurf indes geht davon aus, es können „insbesondere die prozentualen Zusatzbeiträge [...] ab dem 1. Januar 2015 erhoben werden“ (S. 53 der Begründung); im Übrigen kommt es bereits mit Beginn des Jahres zur Absenkung des allgemeinen Beitragsatzes (vgl. Artikel 1 Nr. 12).

Im Übrigen treten auch die Regel über das Sonderkündigungsrecht und die Informationspflichten – bezogen auf den Zusatzbeitrag neuer Prägung – erst zum Januar 2015 in Kraft. Insofern müssten der Hinweis auf und die Regelungen über die Sonderkündigung im Hinblick auf das Inkrafttreten faktisch bereits vorgreiflich erfolgen. Rechtlich jedoch besteht der Bezug zum Zusatzbeitrag neuer Art erst mit Beginn des Jahres 2015.

Vorschlag:

Es wird angeregt, jedenfalls in der Gesetzesbegründung darauf hinzuweisen, dass es einer „Vorabinformation“ auch im Hinblick die Erhebung des Zusatzbeitrags zum 1.1.2015 bedarf.

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V-E) – § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V

Ausübung des Sonderkündigungsrechts

§ 175 Abs. 4 S. 5 bis 7 SGB V sind durch das GKV-WSG eingeführt worden und regeln, dass der Zusatzbeitrag von Mitgliedern, die das Kündigungsrechts ausüben, nicht erhoben wird. Die Krankenkassen haben ihre Mitglieder hierauf einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen, bei verspäteten Hinweisen verschiebt sich die Frist zur Ausübung des Kündigungsrechts entsprechend.

Während jedoch nach geltendem Recht der Zusatzbeitrag direkt vom Mitglied zu erheben ist, soll künftig ein Quellenabzug stattfinden. Dies bedeutet, dass ein zusätzlicher Informationsfluss zwischen Arbeitgeber und Mitglied installiert werden müsste, der sicherstellt, dass der Arbeitgeber erst dann den höheren Zusatzbeitrag einbehält und weiterleitet, wenn die Vorgaben des § 175 Abs. 4 SGB V erfüllt sind. Das Mitglied müsste dem Arbeitgeber bestätigen, dass es über das Sonderkündigungsrecht informiert wurde, von diesem jedoch keinen Gebrauch macht. Dies gilt entsprechend auch für die Stellen, die die Zusatzbeiträge einbehalten und direkt an den Gesundheitsfonds abführen. Es ist daher mit erheblichen praktischen Schwierigkeiten zu rechnen.

Da der neue Zusatzbeitrag zusammen mit dem allgemeinen Beitragssatz einen kassenindividuellen Beitragssatz bildet, erscheint es zur Vermeidung der genannten Schwierigkeiten sachgerecht, wenn sich die Regelungen zur Sonderkündigung an den bis zum 31.12.2008 geltenden Regelungen des § 175 Abs. 4 SGB V in der Weise orientieren, dass sich bei verspäteter Information des Mitgliedes nicht die Fälligkeit des Zusatzbeitrages, sondern lediglich die (zweimonatige) Laufzeit des Sonderkündigungsrechts entsprechend verschiebt. Dies würde allerdings bedeuten, dass das Mitglied den (erhöhten) Zusatzbeitrag bis zum Wirksamwerden der Kündigung (max. zwei Monate) zu tragen hat.

Insbesondere für den Fall, dass an der bisherigen Systematik festgehalten werden soll, nach der bei rechtzeitiger Kündigung der Zusatzbeitrag nicht erhoben wird, weisen wir auf Folgendes hin:

Die „Fälligkeit der Beitragserhebung“ ist nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V-E (Artikel 1 Nr. 3) nicht mehr Pflichtinhalt. Von daher ist es problematisch, wenn § 175 Abs. 4 S. 5 und 6 SGB V-E daran anknüpfen. Geht man von der Fälligkeit nach § 23 S. 1 ff. SGB IV (iVm. § 242 Abs. 4 SGB V-E) aus, ergibt sich allein daraus für das Informationsschreiben zum Sonderkündigungsrecht für das Mitglied kein klar erkennbarer zeitlicher Bezugspunkt. Das Mitglied muss aber den Termin kennen und die Krankenkasse über unterschiedliche Zeitpunkte konkret informieren, insbesondere im Hinblick auf den drittletzten Bankarbeitstag (§ 23 Abs.

1 S. 2 SGB IV) bzw. – für freiwillige Versicherte – den 15. des Folgemonats (§ 23 Abs. 1 S. 5 SGB IV). Die unterschiedlichen Fälligkeitszeitpunkte erschweren den Krankenkassen die Information und den Mitgliedern die Erkennbarkeit, wann sie zu kündigen haben. Vor diesem Hintergrund wird angeregt, einen einheitlichen bzw. einheitlich handhabbaren Anknüpfungspunkt zu wählen.

Des Weiteren sollte klarstellend nicht von „Beitragssatzerhöhungen“, sondern von „Zusatzbeitragssatzerhöhung“ gesprochen werden, um Einheitlichkeit mit Satz 7 („Zusatzbeitragssatz“) zu gewährleisten und die Abgrenzung gegenüber §§ 241 und 243 SGB V zu vollziehen.

Bezogen auf die Hinweispflicht nach Satz 6 sollten die Anforderungen angesichts der Erfahrungen beim Informationsschreiben zum Zusatzbeitrag alter Prägung klarstellend verdeutlicht werden.

Vorschlag:

Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum 15. des Monats gekündigt werden, in dem der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.“

Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens „einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt hinzuweisen“

Alternativ

Sollte entgegen der vorstehend favorisierten Lösung weiterhin ein Festhalten an der „Fälligkeit“ als Bezugspunkt beabsichtigt sein, wird angeregt, die Festlegung der konkret maßgeblichen (Fälligkeits-)Zeitpunkte zum Pflichtinhalt der Satzung zu machen.

Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 iVm. Abs. 3 und § 242a SGB V

Entsprechend der Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe e) ist nicht eindeutig erkennbar, inwieweit ein Sonderkündigungsrecht auch für die in § 242 Abs. 3 (iVm. § 242a) SGB V-E genannten besonderen Personengruppen (für die Dritte die Beiträge tragen) in Betracht kommen soll. Dies gilt insbesondere, wenn der Zusatzbeitrag mit durchschnittlichem Beitragssatz für besondere Personengruppen in Abhängigkeit von der Erhebung eines Zusatzbeitrags (mit individuellem Beitragssatz) bei der Krankenkasse erhoben wird. Jedenfalls dann stellt sich auch die Frage, wie im Falle einer Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (§§ 242a Abs. 2 iVm. § 220 Abs. 2 SGB V-E) zu verfahren ist.

Vorschlag:

Unter Verweis auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe e) wird angeregt, klarzustellen, inwieweit das Sonderkündigungsrecht auch bei der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags für besondere Personengruppen in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bzw. dessen Erhöhung in Betracht kommt.

Artikel 1 Nr. 3 (§ 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V-E) – Art. 1 Nr. 9 (§ 242 SGB V-E)

Zusatzbeitrag nach § 242

Die Neufassung der Nummer 4 macht die „Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V“ zum Pflichtinhalt der Satzung. § 242a SGB V-E allerdings wird nicht erwähnt. Gleichwohl muss der Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V-E für die in § 242 Abs. 3 Nrn. 1 bis 6 SGB V-E genannten Personengruppen „in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V-E erhoben werden. Grundsätzlich ist die Höhe eines Beitrags Bestandteil der Festsetzung. Danach gehört auch die Erhebung des Zusatzbeitrages (in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes) für bestimmte Mitgliedergruppen nach § 242 Abs. 3 iVm. § 242a SGB V-E zum Pflichtinhalt, zumal § 242 Abs. 3 auf Abs. 1 S. 1 SGB V-E verweist. Hier ist eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert, auch vor dem Hintergrund möglicher Zweifel darüber, ob die Erhebung nach § 242 Abs. 3 (iVm. § 242a) SGB V-E an die Erhebung nach § 242 Abs. 1 SGB V-E gekoppelt ist.

Vorschlag:

Es wird angeregt, durch den erweiternden Verweis auf „§ 242 Abs. 1 und Abs. 3 in Verbindung mit § 242a“, mindestens jedoch per Gesetzesbegründung klarzustellen, dass die Festsetzung des Zusatzbeitrages mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz für besondere Personengruppen ebenfalls zum Pflichtinhalt der Satzung gehört.

Festsetzung des Zusatzbeitrags in der Satzung

Im Unterschied zur bisherigen Regelung gehört zum Pflichtinhalt der Satzung nur noch die „Festsetzung“, nicht mehr die Fälligkeit (s. oben zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a)). Gleichwohl knüpfen § 175 Abs. 4 S. 5 und S. 6 SGB V-E nach wie vor an die „Fälligkeit der Beitragserhebung“ an. Im Rahmen der Ausführungen zum Sonderkündigungsrecht (s. oben unter Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a)) ist darauf hingewiesen worden, dass sich diese Anknüpfung mit Blick auf die notwendige Kenntnis der Mitglieder als problematisch erweisen könnte und daher ein anderer Anknüpfungzeitpunkt vorgeschlagen worden. Soll gleichwohl an der Fälligkeit als

Bezugspunkt festgehalten werden, sollte eine Festlegung der Fälligkeit in der Satzung Pflichtinhalt sein.

Zeitlicher Rahmen für Anpassungen - Prüfungsaufwand

Wesentliche für die Haushaltsplanung der Krankenkassen erforderliche Informationen liegen gemäß § 36 Abs. 3 RSAV i.V.m. § 266 Abs. 6 SGB V erst bis zum 15. November vor. Die Haushaltspläne der Träger werden der Aufsicht daher – wie in den vergangenen Jahren – bis zum 1. Dezember vorgelegt. Prüfungen – unter Umständen sogar Beanstandungen – schließen sich an. Die einmonatige Prüfungs- und Beanstandungsfrist endet – bei termingerechter Vorlage – Ende Dezember 2014. Der hier ohnehin herrschende Zeit- und Prüfungsdruck wird durch das Bemühen um Festsetzung der Zusatzbeiträge bzw. -beitragssätze mit Wirkung zu Beginn des Jahres noch verstärkt werden. Auch die Gesetzesbegründung (s. S. 53) geht davon aus, die Zusatzbeiträge könnten ab dem 1. Januar 2015 erhoben werden.

Um den zu Artikel 1 Nr. 2 geschilderten praktischen Probleme entgegen zu wirken und den gesetzlichen Zeitplan umzusetzen, ist ein paralleles Verfahren erforderlich, d.h. zum Zeitpunkt der Vorlage der Haushaltspläne sollten die Kassen auch einen Antrag auf Genehmigungen ihrer Satzungen zum Zusatzbeitrag, zunächst auf der Grundlage der kalkulierten Größe einreichen. Wird ein der Prüfung der Haushaltspläne, die erst im Laufe des Dezember vorgelegt werden, nachgelagertes Genehmigungsverfahren eingeleitet, steht zu befürchten, dass nicht alle Kassen rechtzeitig zum 1.1.2015 über eine soweit genehmigte Satzung verfügen. Angesichts der Wettbewerbssituation der Kasse ist der Umstand kaum tragbar.

Dies führt zu erhöhtem Aufwand. Auch der vor allem im Zeichen der Diversifizierung des Leistungsrechts (vgl. § 11 Abs.6 SGB V) bestehende erhebliche Prüfaufwand im Rahmen satzungsrechtlicher Gegebenheiten wird nochmals zunehmen. Dies kann nicht aufwandsneutral erfolgen.

S. zum Fortbestand von Satzungsregelungen im Jahr 2015, welche die „Abwicklung“ der für das Jahr 2014 auszahlenden Prämien betreffen, Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe c)

Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe c) (Aufhebung des § 242 Abs. 2)

Per Gesetz wird die Möglichkeit abgeschafft, Prämien auszuzahlen; Übergangsregelungen existieren nicht. Gleichwohl stellen sich Fragen hinsichtlich der *Abwicklung* der für das Jahr 2014 bereits bestehenden Prämienregelungen, denen begegnet werden sollte. So müssen Satzungsregelungen auch mit Beginn des Jahres 2015 weiter Bestand haben, die die Abwicklung bzw. Modalitäten der Zahlung von Prämien für das Jahr 2014 betreffen. Im Übrigen

wird man davon ausgehen müssen, dass § 242 Abs. 2 S. 3 SGB V weiterhin gilt, sofern Gleiches nicht ohnehin in der Satzung festgelegt ist: Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in *Rückstand* befinden, sind [auch 2015] ausgeschlossen. Schließlich darf die Krankenkasse Satzungsregelungen betreffend die Prämie (z.B. Zahlungsmodalitäten) nach 2014 nicht mehr verändern; denn auch insoweit handelt es sich um die Gestaltung eines Wettbewerbsspielraums, der – auch in Abwicklung – nicht mehr besteht.

Vorschlag:

Mit entsprechendem Klarstellungen ist darauf hinzuweisen, dass bestehende Regelungen betreffend die Abwicklung der für 2014 zu zahlenden Prämien unberührt bleiben.

Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe e) (§ 242 Abs. 3 Vm. § 242a SGB V-E)

Die Gesetzesformulierung und die Begründung lassen nicht klar erkennen, ob der Zusatzbeitrag für besondere Personengruppen (mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz) auch dann erhoben wird, wenn die Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V-E (mit kassenindividuellem Beitragssatz) von ihren Mitgliedern erhebt. Gegen die von der konkreten Erhebung nach § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V-E unabhängige Erhebung des Zusatzbeitrags (mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz) nur für besondere Personengruppen spricht, dass ein Zusatzbeitrag grundsätzlich nur zu erheben ist, wenn die Krankenkassen mit den Zuweisungen nicht auskommen (vgl. § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V-E). Zudem verweist § 242 Abs. 3 SGB V-E auf § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V-E. Danach kann „der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1“ nur der nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V-E tatsächlich festgesetzte Zusatzbeitrag sein.

Vorschlag:

Es wird angeregt, klarzustellen, ob die Erhebung des Zusatzbeitrags (mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz) für besondere Mitglieder (§ 242 Abs. 3 iVm. § 242a SGB V-E) nur dann erfolgen soll, wenn ein Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V-E erhoben wird.

Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe f) (§ 242 Abs. 4 SGB V-E)

Die Bedeutung des Verweises auf die entsprechende Geltung der Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches ist schwer abzuschätzen. Insbesondere ist fraglich, ob er z.B. ein mit Eingriffsrelevanz verbundenes Verständnis erlaubt, dem zufolge etwa der Arbeitgeber zur Tragung auch der Zusatzbeiträge für Versicherte, die ein freiwilliges (ökologisches) Jahr oder Bundesfreiwilligendienst leisten, verpflichtet wäre.

Im Übrigen geht das BVA davon aus, dass sich aufgrund der Verweisung die Prüfung des § 28q Abs. 1a SGB IV künftig auch auf den neuen Beitrag erstreckt.

Vorschlag:

S. zur Tragung auch des Zusatzbeitrags iSd. § 242 Abs. 3 SGB V-E durch Arbeitgeber nach § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV unter Artikel 2 Nr. 0.

Artikel 1 Nr. 17 c) (§ 251 Abs. 3 SGB V)

In § 251 Abs. 3 SGB V ist die Tragung der Beiträge durch die Künstlersozialkasse für die nach dem KSVG versicherungspflichtigen Mitglieder geregelt. Die KSK soll ebenfalls die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1 (in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes) tragen. In der Begründung auf Seite 40 ist zu Nr. 17c) jedoch ausgeführt, dass für diesen Personenkreis der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (§ 242 Abs. 3 SGB V) gilt.

Vorschlag:

Die Begründung ist zu korrigieren, indem der Bezug auf Absatz 3 im ersten Satz gestrichen und im zweiten Satz ergänzend ausgeführt wird, dass neben den Beziehern von Arbeitslosengeld (Abs. 4a) auch für die nach dem KSVG versicherungspflichtigen Mitglieder der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V zu tragen ist.

Artikel 1 Nr. 17 d) (§ 251 Abs. 4 SGB V)

Nach Aussetzung des Wehr- und Zivildienstes erlangt die Vorschrift kaum Bedeutung. Das BAZ wurde in das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben überführt (Bundesfreiwilligendienst), die Regelung zur Beitragszahlung erfolgt in § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV. Wir regen in diesem Zusammenhang an, auch die "Verordnung über die pauschale Berechnung und die Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung für die Dauer einer fortbestehenden Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst (KV/PV-Pauschalbeitragsverordnung)" zu überarbeiten.

S. zur Tragung des Zusatzbeitrages für Versicherte, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFDG oder einen Bundesfreiwilligendienst nach dem BFDG leisten unter Artikel 2 Nr. 0.

Artikel 1 Nr. 17 e) (§ 251 Abs. 4a SGB V)

In § 251 Abs. 4a SGB V ist das Wort „Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch“ zu streichen. Die Gewährung von Unterhaltsgeld nach § 158 SGB III wurde mit Wirkung v. 01.01.2005 aufgehoben. Eine Anpassung des § 251 Abs. 4a SGB V ist bisher nicht erfolgt.

Artikel 1 Nr. 27) (§ 270a SGB V)

Absatz 3: Um Missverständnisse zu vermeiden sollte verdeutlicht werden, dass neben den Krankenkassen auch die DRV Bund und die Direktzahler die Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag an den Gesundheitsfonds abzuführen haben (s. ausführlich in der Begründung S. 44f).

Es sollte in Absatz 3 eine Klarstellung erfolgen.

Vorschlag:

Entweder werden alle Zahler aufgezählt oder die Wörter „der Krankenkassen“ gestrichen. Mit dem Bezug auf die gesamte Norm des § 242 (kassenindividueller und durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) ist ausreichend deutlich, welche Beiträge hier gemeint sind.

Artikel 1 Nr. 28a) (§ 271 Abs. 1a SGB V-E)

Die Zusatzbeiträge nach § 242 sollen in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a verwendet werden. Daher ist der korrekte Nachweis von besonderer Bedeutung. Auch wenn sich aufgrund der Verweisungen zu den einzelnen Beitragszahlungen die Pflicht zur Nachweisführung ergibt, sollte diese hier deklaratorisch nochmals festgehalten werden.

Vorschlag:

§ 271 Abs. 1a SGB V-E wird um folgenden neuen Satz 2 ergänzt:

„Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beiträge aus den Zusatzbeiträgen (§ 270a Abs. 4) nachzuweisen.“

Die Begründung könnte dahingehend ergänzt werden, dass die bestehenden Beitragsnachweisverfahren genutzt werden sollen.

Artikel 2

Artikel 2 Nr. 0 neu (§ 20 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV)

Nach vorstehender Vorschrift trägt der Arbeitgeber abweichend von den besonderen Vorschriften für Beschäftigte für die einzelnen Versicherungszweige den Gesamtsozialversicherungsbeitrag allein, wenn Versicherte ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFDG oder einen Bundesfreiwilligendienst nach dem BFDG leisten. Auch von diesen (besonderen) Personengruppen ist nach § 242 Abs. 3 (iVm. Abs. 1) iVm. § 242a der Zusatzbeitrag nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu erheben. Unbe-

schadet des Quellenabzugs gehört der Zusatzbeitrag nicht zum „Gesamtsozialversicherungsbeitrag“, vgl. Art. 11 des Entwurfs. Vor diesem Hintergrund ist die in § 20 Abs. 3 SGB IV enthaltene Regelung zu erweitern; es bedarf einer eindeutigen, unmittelbar anzuwenden Regelung zur Tragung. § 242 Abs. 4 SGB V-E erscheint nicht geeignet, im Wege der Anordnung der entsprechenden Anwendung der Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches die – eingriffsrechtlich relevante – Pflicht zur Tragung von Beiträgen zu vermitteln.

Vorschlag:

In § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB IV werden nach den Wörtern „den Gesamtsozialversicherungsbeitrag“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 12

Artikel 12 Nr. 6 Buchstabe a) (§ 41 Abs.1 RSAV - E)

Aufgrund des Inkrafttretens zum 1. August 2014 findet die geänderte Berechnungsweise bei den Risikozuschlägen für Auslandsversicherte und den Zuweisungen für Krankengeld bereits im Jahresausgleich für das Jahr 2013 Anwendung. Es wird darauf hingewiesen, dass dies für die Krankenkassen – im Unterschied zu den finanziellen Wirkungen einer Annualisierung der Verstorbenen – nicht vorhersehbar i.S.d. § 77 Abs. 1a S. 3 Nr. 4 SGB IV war, weshalb in den Haushaltsplanungen für das Jahr 2014 (einschließlich Prognose des voraussichtlichen Rechnungsergebnisses 2013) nicht ausreichend Vorsorge getroffen wurde und insoweit auf betroffene Kassen zusätzliche Belastungen zukommen werden.

Artikel 12 Nr. 7 (§ 43 RSAV - E)

Nach § 43 Abs. 3 erfolgt eine unterjährige Korrektur der Zahlungen aus dem Einkommensausgleich auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnung (KV 45) zu den in § 39 Abs. 3 S. 1 RSAV genannten Terminen. In diese Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die KV 45 des ersten Quartals zum 15. April noch nicht vorliegt.

Weitere Änderungen im Bereich des Risikostrukturausgleichs

Das Bundesversicherungsamt nimmt den vorliegenden Referentenentwurf zum Anlass, folgende weitere Änderungen vorzuschlagen:

1. Änderung von § 268 Abs. 3 SGB V und § 30 RSAV

Es wird angeregt, § 30 RSAV wie folgt zu ändern:

Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden, als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Zusätzlich ist § 268 Abs. 3 Satz 8 SGB V wie folgt zu ergänzen
„Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 7 übermittelten Daten oder für die Klärung von Versichertenverhältnissen erforderlich ist“

§ 30 Abs. 5 RSAV schafft auf der Grundlage des § 268 Abs. 3 Satz 14 SGB V die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen dafür, dass doppelte Versicherungsverhältnisse (d.h., dass unterschiedliche Krankenkassen gleichzeitig dieselbe Person als Versicherten führen) und unterschiedliche Alters- und Geschlechtsangaben bei unterschiedlichen Krankenkassen auch künftig im Zusammenwirken zwischen dem GKV-Spitzenverband und den betroffenen Krankenkassen geklärt werden können.

Doppelte Versicherungsverhältnisse in der GKV sind rechtlich unzulässig. Auch unabhängig vom Risikostrukturausgleich ist es Aufgabe der Krankenkassen, diese Versichertenverhältnisse zu klären. Der GKV-Spitzenverband hat die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen (§ 217f Absatz 2 SGB V). Eine Koordination des Klärungsprozesses durch den GKV-Spitzenverband ist notwendig, da die Doppelung von Versicherungsverhältnissen bzw. unterschiedliche Angaben zu Alter und Geschlecht und die daran beteiligten Krankenkassen erst nach der versichertenbezogenen Zusammenführung der Daten aller Krankenkassen erkennbar sind. Für den Risikostrukturausgleich ist die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse zwingend, um sicherzustellen, dass die Zuweisungen des Gesundheitsfonds korrekt ermittelt werden können und nur der Krankenkasse zufließen, die

tatsächlich die Aufwendungen für den Versicherten zu tragen hat. Eine doppelte Auszahlung der Zuweisungen ist in jedem Fall unzulässig.

Der GKV-Spitzenverband prüft nach geltendem Recht die von den Krankenkassen gemeldeten Daten für den RSA auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend an das Bundesversicherungsamt weiter (§ 30 Absatz 4 Satz 1 i.V.m. § 3 Absatz 4 Satz 2). Stellt er fest, dass auf ein Versichertenpseudonym mehr als 365 bzw. 366 Versichertentage entfallen bzw. ein Pseudonym unterschiedliche Alters- oder Geschlechtsangaben aufweist, teilt er den Krankenkassen, die für dieses Pseudonym Versichertentage gemeldet haben, das betroffene Pseudonym, die Art der Fehlermeldung sowie die andere betroffene Krankenkasse mit (Satz 1).

Um den datenschutzrechtlichen Belangen der Versicherten Rechnung zu tragen, wird den von den Krankenkassen zu meldenden Versicherten ein Pseudonym zugeordnet (s. Absatz 3). Durch das Verfahren der Pseudonymisierung wird sichergestellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit für die Datenmeldungen zu einem jeweiligen Jahresausgleichs jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird. Ohne Befugnis zur De-Pseudonymisierung in § 268 Abs. 3 Satz 8 SGB V können die Krankenkassen nicht die den jeweiligen Versicherten betreffenden Unterlagen heranziehen und mit der weiteren betroffenen Krankenkasse in Kontakt treten, um eine Klärung des Falles herbeizuführen. Nur aufgrund einer Klärung der doppelten Versicherungsverhältnisse und anschließender Bereinigung der Versichertenbestände können die Versichertentage von derjenigen Krankenkasse, die zu Recht das Versicherungsverhältnis durchführt, im Rahmen der nächsten Datenmeldung erneut pseudonymisiert an das Bundesversicherungsamt korrekt übermittelt werden. Gleiches gilt, wenn fehlerhafte Alters- oder Geschlechtsangaben zu korrigieren sind.

Der GKV-Spitzenverband wird durch Satz 2 ermächtigt, das Nähere über Inhalt und Ausgestaltung des RSA-Clearingverfahrens zu bestimmen. Bereits bisher hat der GKV-Spitzenverband ein Clearingverfahren entwickelt und durchgeführt.

2. Änderung von § 39a Abs. 5 RSAV

Es wird vorgeschlagen, in § 39a Abs. 5 Satz 2 RSAV nach dem Wort „von“ die Wörter „in der Regel“ einzufügen sowie Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Bei besonderer Mitwirkung der betroffenen Krankenkasse im Rahmen von Absatz 3 Satz 2 RSAV oder im Rahmen von § 273 Abs. 3 SGB V kann auf den Strafaufschlag nach Satz 2 teilweise oder ganz verzichtet werden.“

Infolgedessen wird Satz 3 zu Satz 4 und Satz 4 zu Satz 5.

§39a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung neu gefasst. Seitdem besteht erstmals eine praktikable Regelung, um Verstöße der Krankenkassen bei der Erhebung und/oder Übermittlung der im RSA verwendeten Morbiditätsdaten über die Erhebung eines Korrekturbetrags wirkungsvoll zu sanktionieren. Dieser Korrekturbetrag entspricht bei im Jahresausgleich verwendeten Daten (Korrekturmeldung) dem finanziellen Vorteil, den die betroffene Kasse aus der falsch abgegebenen Meldung im Jahresausgleich erlangt hat, zuzüglich eines fixen Strafaufschlags von 25% (§ 39a Abs. 5 Satz 2 RSAV).

Das BVA hat seit Neufassung der Vorschrift allerdings Erfahrungen gesammelt, die diesbezüglich auf Nachbesserungsbedarf hindeuten und für eine differenziertere Ausgestaltung bei der Festsetzung der Höhe des Korrekturbetrages sprechen. Konkret hält das BVA eine Änderung des § 39a Abs. 5 Satz 2 RSAV dahingehend für sinnvoll, dass in bestimmten Konstellationen auf den 25%igen Strafaufschlag ganz oder teilweise verzichtet werden kann.

So gibt es Umstände, die aus Sicht des BVA eine Abkehr von dieser strengen Regelung notwendig machen. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Krankenkassen bezogen auf ein Ausgleichsjahr, das bereits nach § 41 RSAV korrigiert und abgeschlossen wurde, einen sie begünstigenden Fehler in ihren RSA-Datenmeldungen bemerken und diesen Fehler dem BVA unaufgefordert mit dem Ziel melden, die zu viel erhaltenen Zuweisungen zurückzuzahlen. In einer solchen Konstellation, in der – aufgrund des nachgelagerten Zeitpunktes – nur noch über § 273 SGB V die Möglichkeit besteht, die Datenmeldung und damit die gezahlten Zuweisungen im jeweiligen Jahresausgleich nachträglich zu bereinigen, scheint die Erhebung eines 25%igen Strafaufschlags unverhältnismäßig.

Eine ähnliche Konstellation liegt dann vor, wenn sich in einer regelhaften Prüfung nach § 273 Abs. 3 SGB V (Aufklärung von Auffälligkeiten bei einer Kasse im Rahmen von Einzelfallprüfungen) eine Kasse dem BVA gegenüber kooperativ zeigt und vollständig und bereitwillig die notwendige Sachaufklärung leistet.

Auch in solchen Fällen könnte es – gerade im Hinblick auf die Kooperationsbereitschaft der betroffenen Krankenkassen bei zukünftigen Prüfungen – angebracht sein, auf den grundsätzlich vorgesehenen 25%igen Strafaufschlag zu verzichten bzw. ihn abzumildern. Bislang räumt §39a Abs. 5 RSAV dem BVA ein solches Ermessen jedoch nicht ein. Der o.a. Formulierungsvorschlag würde diesbezüglich Abhilfe schaffen und damit auch dem Risiko möglicher Klagen von Kassenseite vorbeugen, die sich aufgrund einer als zu hart empfundenen Sanktion auf Basis von § 39a Abs. 5 Satz 2 ins Unrecht gesetzt sehen.

3. Änderung der §§ 39a Abs. 5 Satz 4 und 42 Abs. 7 Satz 3 RSAV

Zur Vermeidung von zusätzlichem Verwaltungsaufwand beim Gesundheitsfonds sehen wir Anpassungsbedarf in den §§ 39a, 42 RSAV: Der Gesundheitsfonds ist bestrebt, den kompletten Zahlungsverkehr über ein Konto abzuwickeln und sämtlicher liquide Mittel des Gesundheitsfonds so frühzeitig wie möglich zur Auszahlung an die Krankenkassen einzusetzen.

Die §§ 39a Abs. 5 Satz 4 und 42 Abs. 7 Satz 3 RSAV sehen im Verfahren zur Festsetzung von Korrekturbeträgen, die Krankenkassen aufgrund fehlerhafter Datenmeldungen zu zahlen haben, vor, die Zinserträge aus Korrekturbeträgen im nächsten Jahresausgleich auszuschütten. Dies setzt eine gesonderte Verwaltung der Korrekturbeträge einschließlich der Einrichtung einer weiteren Bankverbindung voraus, da der Gesundheitsfonds ansonsten die daraus resultierenden Zinseinnahmen nicht ermitteln kann. Hierdurch wird das Verfahren des Gesundheitsfonds unnötig belastet und den Krankenkassen Liquidität entzogen. Es ist nach unserer Auffassung sachgerecht, in den o.a. Vorschriften die Wörter „und die Zinserträge“ zu streichen.