



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

- ausschließlich per E-Mail -

221@bmg.bund.de

und

sabine.kossebau@bmg.bund.de

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1525

FAX +49 228 619 1866

E-MAIL abteilung_2@bva.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Herr Dr. Sichert

DATUM 7. November 2014

AZ 211 – 4060.05 – 2989/2014
(bei Antwort bitte angeben)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Referentenentwurf, Stand: 21. Oktober 2014)

Sehr geehrte Frau Kossebau,
sehr geehrter Herr Hiddemann,
sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend nimmt das Bundesversicherungsamt zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung.

Wir möchten darauf hinweisen, dass Herr Dr. Gaßner bereits am 29. Oktober 2014 eine Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen an Herrn Dr. Orłowski übermittelt hat. Dieses dem BMG vorliegende, in der Anlage nochmals beigefügte Schreiben, auf welches wir ausdrücklich Bezug nehmen, ist wesentlicher und integraler Bestandteil dieser Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes.

Über die im Schreiben vom 29. Oktober 2014 bereits unterbreiteten zentralen Anliegen hinaus möchten wir Ihnen – wie gegenüber Herrn Dr. Orłowski bereits angekündigt – nachfolgend die bis dato noch nicht artikulierten weiteren Anmerkungen und Vorschläge unterbreiten, die wir gleichfalls für wichtig halten. Um Wiederholungen zu vermeiden, beschränken wir uns insoweit auf die noch nicht vorgetragenen Aspekte und verweisen im Übrigen auf die Anlage.

Dies vorausgeschickt, nimmt das Bundesversicherungsamt im Einzelnen wie folgt ergänzend Stellung:

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1.) Zu Artikel 1 Nr. 7 – § 40 SGB V-E

zu Buchstabe a

Die Gesetzesbegründung (auf Seite 72) bringt die Neuerung u.E. nicht deutlich genug zum Ausdruck. Diese liegt darin, dass Versicherte fortan nicht nur – wie bisher – andere zertifizierte, aber *vertragslose* Einrichtungen wählen dürfen (vgl. BSG, Ur. v. 7.5.2013, B 1 KR 12/12 R, Rn. 17), sondern auch *zwischen Vertragseinrichtungen* wählen dürfen, und dass auch in diesem Fall die Mehrkostenregelung gilt.

zu Buchstabe b

Die Regelung wird begrüßt. Indem die Krankenkassen angesichts des Verweises auf § 9 SGB IX nunmehr den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprechen müssen, werden sich die mit anerkannten Gründen vorgetragene Wünsche in aller Regel durchsetzen. Insoweit kommt es nicht zu einer abweichenden Entscheidung bzw. zur Realisierung der mit der abweichenden Wahl sonst verbundenen Pflicht, die Mehrkosten zu tragen. Damit wird die zur bisherigen Rechtslage unter Verweis auf § 39 Abs. 2 SGB V artikulierte Problematik gelöst, der zufolge es – gerade im Hinblick auf § 9 SGB IX – kaum tragfähig wäre, wenn Mehrkosten auch dann erhoben würden, wenn zwingende Gründe für die Wahl einer anderen Einrichtung sprächen (vgl. BeckOK SozR/Schnitzler, SGB V, § 40 Rn. 35; Stand 1.6.2014).

2.) Zu Artikel 1 Nr. 8 – § 44 Abs. 4 SGB V-E

Verhältnis SGB V (§ 284 SGB V iVm. Aufgabenbezugsnormen) zu §§ 67 ff. SGB X

Die Gesetzesbegründung (Seite 73) tangiert das strittig diskutierte grundsätzliche Verhältnis zwischen dem allgemeinen und dem bereichsspezifischen Datenschutz, ohne dass dies kenntlich gemacht wird. Dabei ist die Position des Gesetzesentwurfs nicht die herrschende Meinung.

In der Gesetzesbegründung (auf Seite 73) wird ausgeführt, es bleibe „der grundsätzlich mögliche Rückgriff auf die allgemeinen Vorgaben des Sozialdatenschutzes im Zehnten Buch (SGB X) [...] unberührt“. „Die Krankenkassen können die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten grundsätzlich auch dann mit Einwilligung der Versicherten (§§ 67a ff. SGB X) erheben, verarbeiten und nutzen, wenn dies im SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen ist.“

Obwohl diese Auffassung u.E. im Hinblick auf das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 iVm. Art. 1 Abs. 1 GG) vorzugswürdig ist, wird sie unter Berufung auf das Ur. des BSG vom 10.12.2008, B 6 KA 37/07 R (u.a. Rn. 32, 35) überwiegend abgelehnt (*Schneider* [2014, in: Krauskopf, SozKV, § 284 Rn. 68; *Luthe* [2012], in: Hauck/Noftz, § 284 Rn. 7b, 39; *Lücking*, in: Sodan [Hrsg.], Handbuch der Krankenversicherung, 2014, § 41 Rn. 66; aA. hingegen *Kleinert*, DuD 2010, S. 240 [242 f.]; *Heberlein*, SGB 2009, S. 724 (726)). Vor diesem Hintergrund sollte diese grundsätzliche Frage (die für § 44 Abs. 4 SGB V-E selbst nicht entscheidend ist) nicht anlässlich der Gesetzesbegründung zu § 44 Abs. 4 SGB V-E angesprochen, sondern mittels gesetzlicher Klarstellung iRd. § 284 SGB V geregelt werden.

- Wir regen an, die für die GKV zentrale Vorschrift zum Umfang mit Sozialdaten (§ 284 SGB V) um einen Einwilligungstatbestand zu ergänzen. Sollte dies nicht gewollt sein, regen wir an, die begründenden Ausführungen zu § 44 SGB V-E insoweit zu streichen.
- Wir regen in diesem Zusammenhang ferner an, klarzustellen, ob die Einwilligung den Anforderungen des § 67b Abs. 2 SGB X (vgl. Abs. 2 S. 3: Schriftform) entsprechen muss; andere Normen im SGB V sehen dies vor (vgl. z.B. § 276 Abs. 1 S. 1).

Über das BMAS haben wir erfahren, dass das BMG die Einfügung eines § 251 Abs. 4d SGB V plant, der bisher noch nicht im Referentenentwurf enthalten ist. Hierzu möchten wir Folgendes anmerken:

4.) Zu Artikel 1 Nr. X (neu) – § 251 Abs. 4d (neu)

Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen aus dem Krankengeld

§ 251 Abs. 4d SGB V-E regelt die anteilige Tragung der Beiträge zum berufsständischen Versorgungswerk durch die Krankenkasse bei Krankengeldbezug, wenn der Krankengeldbezieher Pflichtmitglied im Versorgungswerk ist und von der Rentenversicherungspflicht befreit ist oder befreit wäre, wenn er in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig

wäre und einen Befreiungsantrag gestellt hätte. Durch die Beteiligung der Krankenkasse an der Beitragszahlung zum berufsständischen Versorgungswerk soll eine Gleichstellung mit den in der Rentenversicherung pflichtversicherten Krankengeldbeziehern erreicht werden.

Durch die gesetzliche Neuregelung sollen zwei Personengruppen begünstigt werden:

1. Die von der RV-Pflicht befreiten Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung und
2. die Pflichtmitglieder einer berufsständischen Einrichtung, die befreit worden wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten.

Nach unserer Einschätzung dürfte die Umsetzung der Neuregelung den Krankenkassen in der Praxis Probleme bereiten, soweit die 2. Personengruppe betroffen ist.

Über die Befreiung berufsständisch Versorgter von der Rentenversicherungspflicht entscheidet allein der Rentenversicherungsträger. Innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich die Rentenversicherungsträger auf eine Alleinzuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Bund geeinigt.

Wie uns aus der Eingabepraxis bekannt ist – und dies wird nicht zuletzt auch durch die (gerade in jüngerer Vergangenheit ergangene) vielfältige sozialgerichtliche Rechtsprechung zu dieser Thematik bestätigt – ist die Frage, ob eine Person aufgrund ihrer Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk von der Rentenversicherungspflicht zu befreien ist, oftmals nicht einfach zu beantworten. Wenn aber der Anspruch auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht und die Auslegung der entsprechenden Regelungen des SGB VI selbst bei der Deutschen Rentenversicherung Bund häufig zu Streitigkeiten bzw. Problemen in der Praxis führt, ist absehbar, dass die Krankenkassen, die in dieser Frage keinerlei Erfahrungen haben, erhebliche Schwierigkeiten bei der Beurteilung einer „fiktiven“ Befreiungsfähigkeit haben werden.

Auch dürften die Krankenkassen regelmäßig nicht beurteilen können, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b) und c) SGB VI erfüllt sind. Die entsprechenden Bestätigungen der obersten Verwaltungsbehörden der jeweiligen Bundesländer (§ 6 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) liegen nur der Deutschen Rentenversicherung Bund vor.

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, wer im Streitfall zu entscheiden hat, wenn ein Betroffener gegenüber der Krankenkasse geltend macht, dass er zu befreien gewesen wäre. Soll hier die Deutsche Rentenversicherung Bund regelmäßig gutachterlich Stellung nehmen oder eine

"fiktive Befreiung" aussprechen? Dies dürfte zu einer erheblichen Mehrbelastung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund führen.

Wahrscheinlich entstehen aus der beabsichtigten Neuregelung auch Abgrenzungsprobleme wie beispielsweise in den Fällen, in denen die Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen strittig ist. Erst nach Vorliegen höchstrichterlicher Rechtsprechung des BSG bestand Klarheit, dass im Streitfall allein der Rentenversicherungsträger über die Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson entscheidet, auch wenn es sich um eine Leistung der Pflegekasse handelt. Trotz dieser Klarstellung durch das BSG bestehen allerdings bis heute Abgrenzungsprobleme in der Praxis.

- Um diesen Problemen vorzubeugen, regen wir an, die Regelung dahingehend zu vereinfachen, dass alle Krankengeldbezieher erfasst werden, die Pflichtmitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk, aber nicht (auch) rentenversicherungspflichtig sind.
- Sollte dem BMG eine solchermaßen pauschale Regelung zu weit gehen, regen wir an, die Vorschrift unbedingt dahingehend zu präzisieren, wer über die fiktive Befreiungsfähigkeit des Krankengeldbeziehers zu entscheiden hat.
- Denkbar wäre allerdings auch, die Begünstigung allein auf diejenigen berufsständisch Versorgten zu beschränken, die tatsächlich von der Deutschen Rentenversicherung Bund von der Rentenversicherungspflicht befreit wurden. Denn die in der Gesetzesbegründung in Bezug genommene Gleichbehandlung der von der Rentenversicherungspflicht befreiten Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung mit den in der gesetzlichen Rentenversicherung Pflichtversicherten gebietet es nicht zwingend, die Krankenkasse auch bei denjenigen Personen an den Kosten der Altersvorsorge im berufsständischen Versorgungswerk zu beteiligen, die in der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit dem Grunde nach nicht rentenversicherungspflichtig sind oder waren. Denn nur bei denjenigen Personen, die von der Rentenversicherungspflicht befreit wurden, „spart“ die Krankenkasse bei der derzeit geltenden Rechtslage im Falle einer Krankengeldzahlung die Beiträge zur Altersvorsorge, so dass auch nur diese Personen insoweit durch die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht benachteiligt sind. Bei sonstigen Selbständigen, die weder rentenversicherungspflichtig sind, noch Mitglied einer Versorgungseinrichtung, beteiligt sich die Krankenkasse ebenfalls nicht an der Altersvorsorge.

5.) Zu Artikel 1 Nr. 64 – § 275 Abs. 4a V-E

Personalausstattung des MDK (TOP [BMG zu BRH] zur 85. AT vom 11.-13.11.2014 in Kiel)

Problem: Eigenes Personal oder Beauftragung von Gutachtern (§ 279 Abs. 5 SGB V)?

Die Befugnis des MDK, Bundesbeamte auf ihre Dienstfähigkeit zu untersuchen, schließt nach der Grundregel des § 279 Abs. 5 Hs. 2 SGB V ein, dass der MDK seinerseits Gutachter beauftragt (er „hat vorrangig Gutachter zu beauftragen“). In der Praxis indes werden meist hauptberuflich beim MDK angestellte Ärzte eingesetzt (dazu *Wenner*, in: *Eichenhofer/Wenner*, SGB V, 2012, § 279 Rn. 5). Vor diesem Hintergrund hat die Verfahrensvereinbarung nach § 275 Abs. 4a S. 4 SGB V-E ggf. maßgeblichen Einfluss auf die institutionelle *Verfestigung* des Tätigwerdens angestellter Ärzte und insoweit auch auf die Frage, ob die neue Zusatzaufgabe die Erfüllung der dem MDK obliegenden Aufgaben iSd. § 275 Abs. 4a S. 1 SGB V-E „beeinträchtigt“. Dass der MDK Überkapazitäten hat, entspricht nicht der praktischen Erkenntnis.

- Soweit der Gesetzgeber intendiert, dass hier eine Begutachtung ausschließlich oder vorrangig mit den beim MDK angestellten Ärzten erfolgen soll, regen wir an, dies klarzustellen; anderenfalls kommt § 279 Abs. 5 Hs. 2 SGB V zur Anwendung.

Weiter gehende Befugnis auch des SMD der KBS / Aufsicht?

Was den nach § 283 SGB V-E *letzterverbliebenen eigenen Dienst mit besonderem Status*, den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der DRV KBS angeht, merken wir an, dass dieser zwar die dort beschäftigten Beamten (s. BayVGH, *Beschl. v. 13.8.2014*, 6 ZB 14.50; OVG NRW, *Urt. v. 18.4.2013*, 1 A 1707/11; RdSchr. des BMI, 5.11.2012, GMBI. 2012, Nr. 55/65, S. 1266 Ziff. 4.1.) bzw. diejenigen des Polizeivollzugsdienstes untersuchen kann (RdSchr. BMI, aaO.).

- Soweit eine Begutachtung von Bundesbeamten über diesen Kreis hinaus auch durch den SMD gewollt ist, sollte dies in § 275 Abs. 4a SGB V-E bzw. im § 283 SGB V-E klargestellt werden.

In diesem Fall wäre die von § 275 Abs. 4a S. 3 SGB V-E geforderte Vereinbarung über den Kreis der nach § 281 Abs. 3 S. 1 SGB V zuständigen Aufsichtsbehörden hinaus auch dem

Bundesversicherungsamt vorzulegen, welches das Tätigwerden des SMD als unselbständiger Einheit der DRV-KBS beaufsichtigt.

6.) Artikel 1 Nr. 72a neu – § 303b Abs. 2 SGB V-E

- Wir regen an, § 303b Abs. 2 wie folgt zu fassen:

„(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 und § 273 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren.“

- Wir regen an, hierzu folgende Begründung aufzunehmen:

„Das Regionalkennzeichen wurde bereits in den Jahren bis 2010 im Rahmen der sog. „Konvergenzklausel“ erhoben. Dabei war auch eine Verwendung durch das BVA im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V („Sicherung der Datengrundlage für den RSA“) vorgesehen.

Das Regionalmerkmal hat sich dabei bei den Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V als unverzichtbar erwiesen. Häufig wurden als Ursache für Auffälligkeiten regionale Vertragsgestaltungen von Krankenkassen identifiziert, die dann mit dem Instrumentarium des § 273 SGB V aufgegriffen werden konnten. In einer bundesweiten Betrachtung wären diese Veränderungen verwässert worden, die Auffälligkeiten hätten nicht vom BVA festgestellt werden können.

Der Wegfall des Regionalkennzeichens hat daher die Prüfmöglichkeiten des BVA im Rahmen des § 273 SGB V erheblich eingeschränkt.“

Ein gleichlautender Änderungsvorschlag ist vom BVA bereits ins Gesetzgebungsverfahren zum GKV-FQWG eingebracht worden, konnte aber aus zeitlichen Gründen nicht mehr berücksichtigt werden.

Wir hoffen, diese Anregungen finden Ihre Zustimmung. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit Freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Beckschäfer'.

(Beckschäfer)

Anlage

(Schreiben an Herrn Dr. Orlowski vom 29. Oktober 2014)