

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des BMG
am 07.05.2018**

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Beitragsentlastung der Versicherten in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz -
GKV-VEG)
Stand 27.04.2018**

Stand 04.05.2018

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 3 -
II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs	
.....	- 5 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 5 -
Nr. 1 § 10 Familienversicherung	- 5 -
Nr. 2 § 171e Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen.....	- 6 -
Nr. 3 § 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	- 8 -
Nr. 4 § 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	- 9 -
Nr. 5 § 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder.....	- 10 -
Nr. 6 § 242 Zusatzbeitrag	- 12 -
Nr. 7a § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	- 13 -
Nr. 7b § 249 Abs. 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	- 14 -
Nr. 8a § 249a Satz 1 SGB V 249a Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 15 -
Nr. 8b § 249a Satz 2 SGB V 249a Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 16 -
Nr.9 § 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte	- 17 -
Nr. 10 § 260 Betriebsmittel	- 18 -
Nr. 11 § 261 Rücklage.....	- 20 -
Nr. 12 § 271 Gesundheitsfonds.....	- 21 -
Nr. 13 § 323 neu Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4.....	- 22 -
Artikel 2 Inkrafttreten	- 26 -

I. Zusammenfassung

Die Absicht des Gesetzes, die Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten finanziell zu entlasten und Beitragsschulden abzubauen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings beinhaltet der vorliegende Gesetzentwurf auch einige kritische Punkte.

Im Gesetzentwurf sind folgende Themenbereiche aufgeführt:

- Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige
- Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden
- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler
- Altersrückstellungen der Krankenkassen

Die AOK-Gemeinschaft befürwortet einen Teil der vorgelegten Regelungen. Insbesondere die Regelungen zur Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung, zur Aktienquote und zur Beitragsbemessung für Selbstständige entsprechen grundsätzlich den Forderungen der AOK-Gemeinschaft. Andere Vorhaben, wie die Regelungen zur Abschmelzung der Finanzreserven sowie zur rückwirkenden Abwicklung von obligatorischen Anschlussversicherungen, beurteilt die AOK-Gemeinschaft hingegen kritisch.

1. Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Mitglieder und deren Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger den kassenindividuellen Zusatzbeitrag künftig hälftig finanzieren. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass bei der Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes grundsätzlich an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

2. Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige ist zu begrüßen. Die gesetzlichen Vorgaben werden an die reale Einkommenssituation der Selbstständigen angepasst, womit ein wichtiger Beitrag zum Abbau und zur Vermeidung von künftigen Beitragsschulden geleistet wird. Allerdings sollte aus Vereinfachungsgründen eine Absenkung auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgenommen werden (Mindestbemessungsgrundlage für die Gruppe der freiwilligen GKV-Mitglieder). Man würde somit eine größere Einheitlichkeit im Beitragsrecht herstellen und Verwaltungsaufwände verringern.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Für die Problematik der wachsenden Beitragsrückstände in der GKV muss aus Sicht der AOK eine gesetzliche Lösung gefunden werden. Es ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf diese Thematik aufgreift. Allerdings sind die geplanten Neuregelungen für den Bereich der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) differenziert zu bewerten. So ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Beendigung bzw. Nichteröffnung bei fehlendem Kontakt, Nichtzahlung von Beiträgen und keiner Leistungsanspruchnahme zu begrüßen.

Die geplante rückwirkende Bereinigung ab dem Jahr 2013 stellt hingegen einen rechtlich unzulässigen Eingriff in bereits abgeschlossene Geschäftsjahre („echte Rückwirkung“) dar und ist mit erheblichen Durchführungsrisiken verbunden. Deshalb wird eine Rückabwicklung für die Jahre 2013 bis 2016 abgelehnt.

Eine Korrektur ab dem Stichtag 01.01.2017 wäre allerdings nicht mit den genannten verfahrenstechnischen Verhinderungsgründen verbunden. Die von der Politik angestrebte sofortige Abwicklung von OAV-Mitgliedschaften von Personen, zu denen die Krankenkassen keinen Kontakt haben und für die aktuell Beitragsschulden entstehen, kann erreicht werden, wenn diese Anpassungen für die noch nicht im RSA abgeschlossenen Geschäftsjahre 2017 und fortfolgende umgesetzt werden. In Folge dieser Konkretisierung des § 323 SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) ist eine verfahrenssichere Umsetzung möglich, da alle erforderlichen Korrekturen im Rahmen der üblichen RSA-Datenmeldungen berücksichtigt und für die Zuweisungskalkulation für noch nicht abgeschlossene RSA-Jahre verfahrenssicher angesetzt werden können. Es sind keine neuen Meldeverfahren erforderlich.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Um die geplante finanzielle Entlastung der Beitragszahler zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf mehrere Reformmaßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Entlastung der Beitragszahler vor. Auch wenn die Zielsetzung einer Entlastung der Beitragszahler begrüßenswert ist, so sind die hierfür vorgesehenen Maßnahmen zu hinterfragen.

So ist es zunächst zu begrüßen, dass überschüssige Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die eine Höchstgrenze von 50 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten, an die Beitragszahler zurückgegeben werden sollen.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristige finanzstrategische und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Die beabsichtigte Neuregelung für Altersrückstellungen statt einer 10 eine 20 prozentige Aktienquote vorzusehen, wird aus AOK-Sicht ausdrücklich begrüßt. Die AOK-Gemeinschaft hat sich bereits seit Langem dafür ausgesprochen, die Aktienquote zu erhöhen und eine Angleichung an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes herzustellen. Eine Ausweitung der Anlageformen wird als notwendig erachtet, weil in dem möglichen Anlagespektrum zum einen im Umfeld der Niedrigzinsphase kaum noch Renditen zu erzielen sind und zum anderen sich durch die EZB-Aufkaufprogramme die Anlagemöglichkeiten verknappen.

II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 10 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die befristete Sonderregelung, dass für die Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreuen, eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen bzw. bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden, läuft zum 31.12.2018 aus. Infolge des Auslaufens der krankensicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Tagespflegepersonen sind für diesen Personenkreis die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten.

B Stellungnahme

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung und wird begrüßt. Damit können Tagespflegepersonen ab 01.01.2019 im Einzelfall als hauptberuflich Selbständige betrachtet werden und infolgedessen einen Krankenversicherungsschutz mit Krankengeldanspruch zur Absicherung von Einkommensausfall bei Krankheit wählen.

Durch die Neuregelung zur Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige wird die Sonderregelung für Tagespflegepersonen obsolet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 171e Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

B Stellungnahme

Mit der Änderung wird die Mindestforderung der AOKs erreicht, dass die Krankenkassen bei den Altersrückstellungen in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes eine gleich hohe Aktienquote nutzen können, wie es in dem Versorgungsrücklagegesetz zwischenzeitlich festgelegt ist.

Durch die Beimischung der Aktienanlage können insbesondere vor dem Hintergrund einer langfristigen Anlage höhere Erträge erzielt und das Anlageportfolio weiter diversifiziert werden. Gleichzeitig verbindet der Gesetzgeber die Begrenzung von Verlustrisiken damit, dass die Aktienanlage im Rahmen eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements erfolgen soll.

Die Argumente „mittelfristig höhere Renditen“ und „begrenzt Risiko bei Aktienanlagen“ vor dem Hintergrund des „mittel- und langfristigen Anlagehorizontes“ gelten ebenfalls im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Allerdings kann aus Risikogesichtspunkten, die Aktienanlagen nur im Rahmen eines „passiven, indexorientierten Anlagemanagements zuzulassen, der Aussage nicht uneingeschränkt zugestimmt werden, was sich auch durch die Entwicklung sogenannter „ETFs“ in den letzten Jahren belegen lässt. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfoliomanagement Zusatzerträge generiert bzw. in Zeiten sinkender Kurse Verluste begrenzt werden. Dies ist bei der aktiven Aktienanlage dadurch möglich, da der Fondsmanager Branchen bzw. Einzelwerte entsprechend über- bzw. untergewichten kann. Weiterhin können bestimmte Aktien ausgegrenzt werden, um z. B. Nachhaltigkeitskriterien zu erfüllen. Aus diesem Grund heraus sollte eine Festlegung nur auf „passive, indexorientierte“ Aktienanlagen unterbleiben und in der Beschreibung die Bezeichnungen Anlage in „Aktien oder Aktienfonds“ verwenden.

Darüber hinaus sollten im Anlagekatalog folgende Themen aufgenommen werden:

- Neben EUR-denominierten Anlagen sollten auch Anlagen in anderen Währungen ermöglicht werden, wenn diese entsprechend mit Währungsabsicherungen versehen sind.
- Darüber hinaus empfehlen sich Veränderungen/Anpassungen im § 83 SGB IV. Die Anlagen nach dem SGB IV sollten auch regional erweitert werden. So bietet sich eine regionale Öffnung über den EU-/EWR-Raum hinaus an und es sollten Anlagen im OECD-Raum möglich sein. Im OECD-Raum befinden sich einige Länder, die eine weitaus bessere Bonität oder Rating gegenüber einzelnen EU-/EWR-Ländern ausweisen.
- Weiterhin würde sich u. a. eine Ausweitung der Anlageformen auf z. B. europäische / deutsche Infrastrukturprojekte anbieten.

C Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sollte der Regelungsentwurf zu § 171e SGB V daher - wie folgt gefasst werden:

„(2a) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig ist. Ein höherer Anlageanteil in Aktien oder Aktienfonds ist zulässig, wenn dies in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung vereinbart ist. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Der Paragraph § 83 SGB IV - Anlegung der Rücklage – sollte wie folgt ergänzt werden:

„(4) Den Staaten der Europäischen Gemeinschaften in den Absätzen 1 und 2 stehen die Staaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die Schweiz und den Mitgliedsstaaten der OECD gleich.“

Nr. 3 § 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

Mit dieser Neuregelung ist vorgesehen, dass obligatorische Anschlussversicherungsverhältnisse (OAV) für die Versicherten nicht eröffnet werden dürfen, für die die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ermitteln kann.

Zudem wird eine Regelung zum Begriff des „Aufenthaltsortes“ präzisiert, die Zusatzbestimmung „ständigen“ wird durch das Wort „gewöhnlichen“ ersetzt.

Buchstabe b):

Im neuen Absatz 5 werden die Krankenkassen künftig verpflichtet, das Mitglied im Falle von Hilfebedürftigkeit schriftlich auf die mögliche Beitragsübernahme durch einen Sozialhilfeträger hinzuweisen, wenn das Mitglied mit Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand ist.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie stellt sicher, dass OAV-Mitgliedschaften nicht eröffnet werden, solange weder Wohnsitz noch gewöhnlicher Aufenthalt ermittelt werden können. Die genauen Anforderungen an die Ermittlungsmöglichkeiten zum Wohnsitz sind im Nachgang über den GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu erarbeiten und untergesetzlich zu regeln.

Die beabsichtigte Änderung von „ständigen“ in „gewöhnlichen“ Aufenthaltsort dient der Parallelität zu § 30 SGB I, der das Territorialitätsprinzip beschreibt. Die Änderung wird befürwortet.

Die vorgesehene Prüfung des Beitragsrückstands auf Beitragsanteile für zwei Monate haben die Krankenkassen ohnehin bereits im Rahmen der Prüfung des Leistungsruhens nach § 16 Abs. 3a SGB V vorzunehmen. Insofern wird die gleichlautende Regelung zum Umfang der auslösenden Beitragsrückstandshöhe begrüßt. Um keinen unnötigen Verwaltungsaufwand zu schaffen, muss es den Krankenkassen allerdings möglich sein, dass sie den Hinweis in dem Schreiben über die Androhung von Leistungsruhen platzieren können und somit kein separates Schreiben erforderlich wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Die als neue Nummer 4 in § 191 SGB V vorgesehene Regelung beendet die freiwillige Mitgliedschaft zu dem Tag, an dem weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt im Inland besteht. Die neue Nummer 5 regelt die Beendigung der Mitgliedschaft bei Kontaktabbruch und Beitragsrückständen in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen innerhalb eines sechsmonatigen Zeitraums.

Die unter Buchstabe a) und b) vorgesehenen Folgeänderungen in den Nummern 2 und 3 dienen lediglich der Aufnahme weiterer Nummern in der Vorschrift des § 191 SGB V.

B Stellungnahme

Die als neue Nummer 4 vorgesehene Regelung ist zu streichen. Die Regelung zur freiwilligen Mitgliedschaft ist seit Jahren darauf ausgerichtet, die freiwillige Mitgliedschaft auch bei Auslandswohnsitz beizubehalten. Dies ist auch unter EU-rechtlichen Gesichtspunkten zwingend beizubehalten. Andernfalls müssten die Mitgliedschaften aller im Ausland wohnenden freiwillig versicherten Mitglieder (z.B. die Rentenbezieher) beendet werden und sie hätten sich vor Ort nach alternativem Versicherungsschutz umzusehen. Die Änderung wird daher abgelehnt. Im Übrigen reicht die neue Nummer 5 aus, um dem in Nummer 4 beabsichtigten Willen ausreichend Rechnung zu tragen.

Die neue Nummer 5 regelt die Beendigung der Mitgliedschaft bei Kontaktabbruch und Beitragsrückständen sowie Auslandsverzug. Generell wird ein derartiger Beendigungsgrund begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe c) wird wie folgt geändert:

Die Inhalte in Nummer 4 werden gestrichen und durch die Inhalte der Nummer 5 ersetzt. Die Nummer 5 wird zu Nummer 4.

Nr. 5 § 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Erweiterung des Absatzes 1 wird der bisherige Zeitraum zur Korrektur der Höchstbeiträge, die aufgrund mangelnder Mitwirkung erhoben wurden bzw. werden, von drei auf zwölf Monate ausgeweitet. Dadurch kann bei nachgeholter Mitwirkung die Beitragsbelastung an der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden.

Auch neu geregelt wird im neuen Satz 5, dass die Krankenkassen dann die Höchsteinstufung zu korrigieren haben, wenn ausreichende Anhaltspunkte vorliegen, dass die tatsächlichen Einnahmen unterhalb der Mindestbemessungsgrenze liegen.

In beiden vorstehend genannten Fällen sollen die Säumniszuschlagsregelungen nicht gelten.

Die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige wird abgesenkt. Als neuer Grenzwert ist der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen. Die Änderung soll zum 01.01.2019 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Buchstabe a):

Die Neuregelung in Satz 4 wird begrüßt. Sie bietet Personen, deren Mitwirkung erheblich verspätet erfolgt, einen sehr versichertenfreundlichen Zeitraum zur Korrektur der Beitragsfestsetzung. Die Ausweitung des Korrekturzeitraums verringert auch die Anzahl von Widerspruchsverfahren und sorgt für eine Arbeitsentlastung bei den Krankenkassen. Darüber hinaus entlastet diese Regelung die Rückstandsstatistik von fiktiven und unerfüllbaren Beitragsforderungen.

Begrüßt wird die beabsichtigte Regelung im neuen Satz 5, die insbesondere auf Personen im Sozialhilfebezug, wohnsitzlose Personen oder erkennbar wirtschaftlich nicht leistungsfähige Personen abzielt, bei denen sich das Sanktionsinstrument Beitragseinstufung in Form der Höchststufe als aussichtslos darstellt. Verhaltensänderungen aufgrund der Sanktionsregelung konnten hier nur in wenigen Fällen festgestellt werden. Nicht selten hatten die Krankenkassen gegen diese Personen so hohe Beitragsforderungen, dass sich die Aufnahme von Erwerbstätigkeiten als wenig lohnenswert dargestellt hat. Diesen Personenkreis vor derart hohen Beitragsschulden zu schützen, ist ein sinnvoller Beitrag zur Zukunftssicherung.

Abgelehnt wird die im neuen Satz 5 vorgesehene Nichtanwendung der Säumniszuschlagsregelung. Säumniszuschläge generell nicht zu erheben, setzt ein falsches Signal und fördert eher die Nichtzahlung der Beiträge. Vielmehr sollten bei Korrektur der Beitragsfestsetzung auch die Säumniszuschläge nach der korrigierten Bemessungsgrundlage angesetzt werden. Nur so werden alle anderen pünktlichen Beitragszahler vor Ungerechtigkeiten geschützt.

Buchstabe b):

Die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige wird ausdrücklich begrüßt. Zur Reduzierung von Verwaltungsaufwand und zur Vereinheitlichung der maßgeblichen Bezugsgrößen im Beitragsrecht wird vorgeschlagen, abweichend vom Vorschlag des GKV-VEG (RefEntwurf), die allgemeine Mindestbemes-

sungsgrundlage auf den 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße abzusenken. Die Einkommens- und Lebenssituation vieler Selbstständiger unterscheidet sich nicht von sonstigen Erwerbstätigen, so dass eine abweichende Mindestbemessungsgrundlage nach wie vor nicht die Lebensrealität widerspiegelt. Zudem bleibt bei einer separaten Mindestbemessungsgrundlage für Selbständige sowohl bei den Versicherten, als auch bei den Krankenkassen weiterhin ein erheblicher Aufwand aufgrund der Prüfung des Merkmals der hauptberuflichen Selbständigkeit. Angesichts des künftig geringen Unterschiedsbetrags in der Mindestbemessungsgrundlage ist dieses aufwendige Verfahren, welches zudem häufig bei Änderung im Umfang der ausgeübten Erwerbstätigkeit eine Neuprüfung veranlasst, abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) Satz 5 (neu) wird wie folgt geändert:

„Wird der Beitrag nach Satz 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung.“

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste“ durch das Wort „neunzigste“ ersetzt.

Nr. 6 § 242 Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, die Zusatzbeiträge solange nicht anzuheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B Stellungnahme

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit den in Nr. 10 und 11 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261 und der Neudefinition einer zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven (Betriebsmittel und Rücklagen) der Krankenkassen in Höhe des 1,0-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Sowohl die Obergrenze als auch die Regelungen zum Abbau der Finanzreserven lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Somit ist auch die Folgeregelung, wonach Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht erhöhen dürfen, solange die Finanzreserven die neue Obergrenze überschreiten, abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigten Neuregelungen zu § 242 Abs. 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) sind zu streichen.

Nr. 7a § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zukünftig zu gleichen Anteilen (paritätisch) vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zu tragen ist. Die Formulierung zur alleinigen Tragung des Beitrags durch den Arbeitnehmer, der sich aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz und dem Arbeitsentgelt ergibt, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Wiederherstellung der Parität ist eine politische Absichtserklärung. Wir begrüßen, dass bei der Umsetzung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7b § 249 Abs. 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser gesetzlichen Änderung wird die Parität auch für die Arbeitnehmer umgesetzt, die derzeit ein Einkommen in der Gleitzone beziehen.

B Stellungnahme

Bei Arbeitnehmern, die gegen ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone (450,01 EUR – 850,00 EUR) beschäftigt sind, wird in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung für die Berechnung des Beitrags als beitragspflichtige Einnahme des Arbeitnehmers nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, sondern ein geringeres Entgelt, welches sich nach der Gleitzoneformel berechnet. Auf dessen Grundlage wird dann der Beitrag zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung festgelegt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass derzeit der Zusatzbeitrag auch für diesen Personenkreis allein vom Versicherten in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu tragen ist. Durch die veränderte gesetzliche Regelung wird auch für diesen Personenkreis die Parität bei der Tragung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages hergestellt, indem der Zusatzbeitrag nicht gesondert ausgewiesen wird und stattdessen bereits in der Berechnung des Arbeitgeberanteils berücksichtigt wird. Wie bei den Beitragsanteilen nach dem allgemeinen/ermäßigten Beitragssatz wird auch der Zusatzbeitrag beim Arbeitnehmeranteil vom abgesenkten Arbeitsentgelt ermittelt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8a § 249a Satz 1 SGB V 249a Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird die Parität bei der Tragung der Zusatzbeiträge auch für versicherungspflichtige Rentner umgesetzt. Der Rentenversicherungsträger übernimmt ab 01.01.2019 damit die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

B Stellungnahme

Die Einführung der Parität bei der Tragung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für versicherungspflichtige Rentenbezieher ist folgerichtig und wird mitgetragen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8b § 249a Satz 2 SGB V249a Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird sichergestellt, dass der Rentenversicherungsträger auch bei Waisenrenten zukünftig seinen Anteil am kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu tragen hat.

B Stellungnahme

Mit dem E-Health-Gesetz (BGBl I S. 2408) wurde festgelegt, dass Waisenrenten bis zu gewissen Altersgrenzen für den Waisenrentner beitragsfrei sind. Gleichwohl ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers abzuführen. Da sich durch die Wiedereinführung der Parität der Beitragsanteil auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag bezieht, war die Begrenzung auf den allgemeinen Beitragssatz zu streichen. Neben dem halben allgemeinen Beitrag trägt der Rentenversicherungsträger zukünftig auch den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr.9 § 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

A Beabsichtigte Neuregelung

Berücksichtigung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages auch beim Beitragszuschuss zur Krankenversicherung für diejenigen abhängig Beschäftigten, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und privat versichert sind. Es wird hier der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die Regelung bezieht sich auf den Zuschuss vom Arbeitgeber eines privatversicherten Beschäftigten. Da auch hier zur Parität zurückzukehren ist und kein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz zur Verfügung steht, erhöht sich für diesen Versichertenkreis der Beitragszuschuss auf der Grundlage der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes. Die Umsetzung ist nachvollziehbar, aber nur bedingt durch die GKV zu bewerten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 260 Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll eine starre Obergrenze für Betriebsmittel einschließlich Rücklage der Krankenkassen eingeführt werden. Danach dürften die Betriebsmittel einschließlich Rücklage nicht mehr als eine Monatsausgabe betragen. Zugleich sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, bei dieser Obergrenze übersteigenden Mitteln diese in drei gleichen Teilen durch Senkungen des Zusatzbeitragssatzes abzubauen. In Ausnahmefällen soll eine Verlängerung um 2 Jahre ermöglicht werden. Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern sollen von dieser Vorgabe ausgenommen werden. Erfolgt der Mittelabbau nicht im Rahmen der vorgesehenen Fristen, sind die verbleibenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Nach erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds sollen die Krankenkassen bei wiederholtem Übersteigen der Finanzreserven über das 1,0-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe erneut drei Jahre Zeit haben, die Mittel abzubauen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung sieht zur Entlastung der Beitragszahler mehrere Maßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven der Krankenkassen vor.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristige finanzstrategische und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt.

Durch die geplanten Eingriffe würde der für die Versicherten entscheidende Wettbewerb der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung in der Folge wesentlich geschwächt. Des Weiteren werden die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen verletzt, deren zentrale Aufgabe es ist, eine mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidung zu treffen. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Stichtagsregelungen sowie die Vorgabe von starren Mechanismen (Abbau über 3 Jahre in 3 gleichen Schritten) bergen insbesondere am Ende der Abschmelzung die Gefahr der Notwendigkeit von erheblichen Beitragssatzsprüngen. Darüber hinaus bedarf es Kalkulationssicherheit auf der Einnahmenseite sowie flexibler Anpassungsmöglichkeiten, wenn bspw. zwischenzeitlich ausgabenintensive Gesetzesvorhaben finanzwirksam werden.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es insbesondere erforderlich, die Haushaltsplanungsautonomie der Krankenkassen zu erhalten.

Aus diesen genannten Gründen lehnt die AOK-Gemeinschaft die geplanten Änderungen in Bezug auf die neu definierte Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen sowie die Vorgaben zum Abbau der Finanzreserven ab. Generell wird außerdem eine Rückführung von Finanzmitteln von Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abgelehnt.

Für alle Krankenkassen im Wettbewerb müssen die gleichen Vorgaben gelten. Daher lehnt die AOK-Gemeinschaft die Ausnahmeregelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern ebenfalls ausdrücklich ab.

C Änderungsvorschlag

§ 260 Absatz 2, 2a und 4SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) werden gestrichen.

Nr. 11 § 261 Rücklage

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird die gesonderte Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum § 260 Abs. 2 SGB V. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Neuregelungen zu § 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) ab. Somit wird auch die Folgeregelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigen Neuregelungen zu § 261 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) sind zu streichen.

Nr. 12 § 271 Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird eine Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eingeführt. Die Liquiditätsreserve darf zukünftig 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht überschreiten

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dient dazu, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds auszugleichen. Durch die Einführung einer Obergrenze wird richtiger Weise verhindert, dass in der Liquiditätsreserve Mittel angehäuft werden, die für die Erfüllung der Funktion der Liquiditätsreserve nicht benötigt werden. Es ist folgerichtig, dass die Mittel, die die Obergrenze überschreiten, den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 § 323 neu Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4

A Beabsichtigte Neuregelung

1. Mit der beabsichtigten Neuregelung soll erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Mitgliedschaften binnen sechs Monaten dahingehend überprüfen, ob für ein Mitglied nach § 188 Abs. 4 SGB V (Obligatorische Anschlussversicherung) weder ein Wohnsitz im Geltungsbereich des SGB V noch Leistungsausgaben noch Beitragszahlungen nachgewiesen werden können. Diese Mitgliedschaften sollen rückwirkend zum Termin der Begründung geschlossen werden (Bestandsbereinigung). Daran anschließend sollen die Krankenkassen die geschlossenen Mitgliedschaftszeiten im Rahmen des RSA-Verfahrens an das Bundesversicherungsamt übermitteln, welches eine Korrektur der Gesundheitsfondszuweisungen auf der Grundlage der rückwirkend geschlossenen Mitgliedschaften vornehmen soll. Die Vollständigkeit der Bestandsbereinigung und deren Meldung an das Bundesversicherungsamt sollen im Rahmen der Aufsichtsprüfung nach § 42 RSAV sanktionsbewehrt überprüft werden.

2. Die beabsichtigte Neuregelung beinhaltet weiter eine Überprüfung aller freiwilligen Mitgliedschaften auf Sachverhalte, deren Bemessungsgrundlage mangels ausreichender Mitwirkung in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erfolgte. Die Betroffenen sollen von den Krankenkassen informiert werden, dass die Beitragsfestsetzung bei Vorlage der Einkommensnachweise innerhalb von zwölf Monaten korrigiert wird.

B Stellungnahme

Es handelt sich um inhaltliche Folgeänderungen zu den §§ 188, 191 und 240 SGB V i. d. F. GKV-VEG (RefEntwurf), die zu rechtlich unzulässigen, rückwirkenden Eingriffen in abgeschlossene Geschäftsjahre, erheblichem Verwaltungsaufwand sowie gravierenden Durchführungsrisiken führen und die deshalb nicht in einem maßvollen Verhältnis zu den Zielen des Gesetzes stehen.

1. Die bisherigen Rechtsvorschriften zur Durchführung von Mitgliedschaften nach § 188 Abs. 4 SGB V sind problematisch, da ein hoher Verwaltungsaufwand und erhebliche Beitragsrückstände entstehen. Deshalb ist es richtig, dass der Gesetzgeber vorsieht, dass zukünftig Mitgliedschaften nach § 188 Abs. 4 SGB V nicht mehr begründet werden, wenn das Mitglied für die Krankenkasse nicht erreichbar ist. Die Änderungen des GKV-VEG (RefEntwurf) hierzu werden ausdrücklich begrüßt.

Allerdings haben die Krankenkassen die Mitgliedschaften nach § 188 Abs. 4 SGB V nicht nur auf der Grundlage geltender Rechtsnormen durchgeführt (vgl. hierzu insbesondere auch die Grundsätzlichen Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V des GKV-Spitzenverbandes vom 17.06.2014), sondern für diese Mitglieder auch Ausgaben getätigt (u. a. mitgliederbezogene Umlage für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung). Deshalb stellt die mit dem GKV-VEG (RefEntwurf) vorgeschlagene Rückabwicklung von OAV-Mitgliedschaften in den Fällen, in denen die Krankenkassen keinen Kontakt zu dem Mitglied herstellen konnten und das Mitglied zugleich weder Leistungen in Anspruch genommen noch Beiträge gezahlt hat, einen unverhältnismäßigen und rechtlich nicht statthafter Eingriff dar. Mit diesem unzulässigen Eingriff soll erreicht werden, dass rechtmäßig von den Krankenkassen begründete und durchgeführte Mitgliedschaften rückwirkend bis 2013 storniert und die Gesundheitsfondszuweisungen entsprechend korrigiert werden.

Deshalb ist festzuhalten: Die beabsichtigte Rückabwicklung ist weder mit den von den Krankenkassen für OAV-Mitglieder getätigten Ausgaben noch mit dem Umstand in Einklang zu bringen, dass die Krankenkassen die in Rede stehenden OAV-Mitgliedschaften nach geltendem Recht und Gesetz begründet und durchgeführt haben. Sie bedeutet einen Rechtsbruch zu Lasten des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts sowie insbesondere einen unzulässigen, rückwirkenden Eingriff in bereits abgeschlossene Geschäftsjahre der Krankenkassen („echte Rückwirkung“).

Die vorgeschlagene Rückabwicklung ist darüber hinaus mit erheblichen Durchführungsrisiken verbunden und verursacht Bürokratiekosten, so dass GKV-Mittel nicht für die eigentlichen Aufgaben der GKV zur Verfügung stehen. Neue Bürokratiekosten entstehen insbesondere durch die neu zu konzipierenden, verwaltungsaufwändigen Versicherungsbestandsbereinigungen auf Seiten der Krankenkassen, die vorgeschlagenen neuen Meldeverfahren und als Folge der neuen Prüfverfahren im Rahmen von § 42 RSAV, deren Kosten die Krankenkassen den Prüfdiensten nach § 274 SGB V erstatten müssen.

Die Rückabwicklung birgt sowohl für die Krankenkassen, als auch für das Bundesversicherungsamt und für die Prüfdienste nach § 274 SGB V erhebliche Durchführungsrisiken. So sollen die Krankenkassen die Mitgliedschaften überprüfen und – soweit die Bedingungen im Sinne des § 323 Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV-VEG (RefEntwurf) erfüllt sind – rückwirkend beenden. Diese rückwirkend geschlossenen Versicherungszeiten sollen dann an das Bundesversicherungsamt gemeldet werden, welches auf dieser Grundlage die Korrektur der Zuweisungen ermittelt. Die Meldung von Versicherungszeiten, die nicht mehr existieren, birgt erhebliche Risiken, da alle Verfahren der Krankenkassen zur Erhebung der RSA-gültigen Versicherungszeiten (§ 3 RSAV i.V. m. § 30 Abs. 1 Nr. 1 RSAV) gerade darauf ausgerichtet sind, ungültige oder stornierte Versicherungsverläufe NICHT zu erheben. Die nun beabsichtigte Missachtung dieser Grundregel birgt erhebliche Risiken für die Richtigkeit der beabsichtigten Meldung, zumal systemseitig neue Kennzeichen geschaffen werden müssten, um überhaupt die bereinigten Versicherungszeiten im Sinne des § 323 SGB V i.d.F. des GKV-VEG von den regulär stornierten oder beendeten Versicherungszeiten für die Meldung an das BVA unterscheiden zu können. Auch die Prüfungen nach § 42 RSAV durch die Aufsichten sind darauf ausgelegt, gemeldete Versicherungszeiten zu prüfen. Auch hier müsste der Prüfansatz ins Gegenteil verkehrt werden, da die Prüfung auf stornierte Sachverhalte aufsetzen müsste. Es bleibt völlig unklar, auf welcher Grundlage eine Stichprobe und Hochrechnung erfolgen kann, da nur die in der Korrektursatzart gemeldeten Sachverhalte bekannt sind, nicht aber die tatsächliche Anzahl der prüf- und bewertungsrelevanten Mitgliedschaftsverhältnisse. Im Ergebnis ist somit nicht feststellbar, ob die erforderlichen rückwirkenden Bereinigungen tatsächlich vollständig durchgeführt wurden.

Deshalb ist festzuhalten: Bei Umsetzung der beabsichtigten Neuregelung entstehen erhebliche Durchführungsrisiken. So sollen die Krankenkassen erstmals in der Geschichte des RSA stornierte Versicherungszeiten melden, die bislang von den Datenmeldungen gerade ausgeschlossen werden müssen. Diese stornierten Versicherungszeiten müssen dann von den Prüfdiensten überprüft werden, was praktisch nicht leistbar ist.

Vor dem Hintergrund des rechtlich unzulässigen Eingriffs in bereits abgeschlossene Geschäftsjahre („echte Rückwirkung“) und den erheblichen Durchführungsrisiken wird die Rückabwicklung für die Jahre 2013 bis 2016 abgelehnt.

Eine Korrektur ab dem Stichtag 01.01.2017 wäre allerdings nicht mit den genannten verfahrenstechnischen Hinderungsgründen verbunden. Die von der Politik angestrebte sofortige Abwicklung von OAV-Mitgliedschaften von Personen, zu denen die Krankenkassen keinen Kontakt haben und für die aktuell Beitragsschulden entstehen, kann erreicht

werden, wenn diese Anpassungen für die noch nicht im RSA abgeschlossen Geschäftsjahre 2017 und fortfolgende umgesetzt werden. In Folge einer solchen Konkretisierung des § 323 SGB V i.d.F. GKV-VEG (RefEntwurf) ist eine verfahrenssichere Umsetzung möglich, da alle erforderlichen Korrekturen im Rahmen der üblichen RSA-Datenmeldungen berücksichtigt und für die Zuweisungskalkulation für noch nicht abgeschlossene RSA-Jahre verfahrenssicher angesetzt werden können. Es sind keine neuen Meldeverfahren erforderlich.

Die Regelungen zu § 323 SGB V i.d.F. GKV-VEG sind daher so anzupassen, dass die rückwirkende Bereinigung der OAV-Mitgliedschaften ab Stichtag 01.01.2017 durchzuführen ist. OAV-Mitgliedschaften, die unter die Regelungen des GKV-VEG fallen, sind somit zum 31.12.2016 zu beenden. Zur Bereinigung der Beitragsschulden ist ergänzend ein pauschaler Beitragserlass für den Zeitraum 2013 bis 2016 vorzusehen, der untergeordnet geregelt werden kann. Mit der Begründung der wirtschaftlichen Überforderung der betroffenen OAV-Mitglieder sind Beitragsforderungen für die Zeiträume bis 31.12.2016 zu erlassen und in Liste A zu verbuchen. Die „Einheitlichen Grundsätze zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen (Beitragserhebungsgrundsätze) des GKV-Spitzenverbandes vom 17. Februar 2010“ sind entsprechend anzupassen.

2. Die beabsichtigte Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie im Einzelfall zu einer sachgerechten Reduzierung der Beitragsschulden der Mitglieder, für die eine Höchststufe festgesetzt wurde, führt. Allerdings wird hierfür eine „Vollprüfung“ vorgegeben, die einen unnötigen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und bei den Mitgliedern selbst bedingt (Bürokratiekosten).

Der neue Absatz 6 erweitert die künftige Regelung über eine zwölfmonatige Frist zur Nachholung der Mitwirkung bei der Beitragsbemessung für zurückliegende Zeiträume. Die Regelungen sind auch für Mitglieder anzuwenden, deren Beiträge bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes endgültig festgesetzt wurden. Zwar beschreibt die Überschrift des § 323 SGB V i. d. F. GKV-VEG (RefEntwurf) lediglich die Bestandsbereinigung für OAV-Mitgliedschaften, die in § 240 Absatz 6 SGB V vorgesehene Regelung betrifft allerdings alle freiwilligen Versicherungsverhältnisse sowie Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dies muss in der Gesetzesbegründung präzisiert werden. Noch unklar ist die Regelung hinsichtlich des zu korrigierenden Zeitraums. Nach Satz 1 gelten die Regelungen des § 240 Absatz 1 SGB V auch für Sachverhalte, deren Beiträge vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes beschieden wurden. Eine Grenze könnte sich hier lediglich durch die Verjährungsvorschrift des § 25 SGB IV ergeben. Die Ausweitung auf einen derart langen zurückliegenden Zeitraum geht zu weit und würde darüber hinaus zahlreiche Verwaltungs- und Gerichtsverfahren nachträglich in Frage stellen. Da obendrein in Fällen der zwangsweisen Beitreibung Sachpfändungen vollzogen oder Insolvenzanträge gestellt wurden, denen nachträglich die Grundlage entzogen wird, dürfte diese Regelung schwer vermittelbar sein. Die Regelung ist daher in dieser Ausprägung abzulehnen. Es wird vorgeschlagen, die Regelungen auf solche Mitgliedschaften zu konzentrieren, für die tatsächlich Beitragsschulden bestehen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 bleibt unverändert

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

(2) Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 vor dem 01.01.2017 begründet wurden, sind mit Wirkung zum 31.12.2016 zu beenden, wenn seit dem Beginn der Mitgliedschaft

die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, das Mitglied keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen hat. Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 seit dem 01.01.2017 begründet wurden, sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, das Mitglied keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

Absätze 3 und 4 werden gestrichen

In Absatz 5 wird der neue Absatz 3 und um einen neuen Satz 4 ergänzt:

(3) [...] Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen das Nähere zur Stichprobenmethodik, zum Stichprobenumfang und zum Hochrechnungsverfahren nach Satz 1 und 2 fest.

Absatz 6 wird der neue Absatz 4 und wie folgt gefasst (Änderungen gegenüber dem Entwurf des GKV-VEG sind hervorgehoben):

(4) § 240 Absatz 1 Satz 3 und 5 ist auch für Mitglieder anwendbar, deren Beiträge vor dem ... [einsetzen: Tag nach der Verkündung] endgültig festgesetzt wurden und die die festgesetzten Beiträge ganz oder in Teilen nicht geleistet haben. Die Frist für die Vorlage von Einkommensnachweisen beginnt in diesen Fällen mit dem ... [einsetzen: Tag nach der Verkündung]. Die Krankenkasse hat Mitglieder, bei denen Höchstbeiträge nach Satz 1 endgültig festgesetzt wurden, schriftlich darauf hinzuweisen, dass die Einkommensnachweise innerhalb der in Satz 2 genannten Frist vorgelegt werden können.

Die Gesetzesbegründung wird im achten Absatz in Satz 2 wie folgt konkretisiert. In Satz 2 werden nach den Worten "freiwillige Mitglieder" die Worte „sowie für Personen, für die das Gesetz die Anwendung des § 240 vorsieht“ ergänzt.

Artikel 2 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Umsetzung der Parität und die Änderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige treten zum 01.01.2019 ein.

B Stellungnahme

Der vorgesehene zeitliche Vorlauf zur Umstellung ist ausreichend und wird mitgetragen.

C Änderungsvorschlag

Keiner