

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-205

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 4. Mai 2018

zum

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

Inhalt

I. Vorbemerkung	3
II. Kommentierung im Detail	7
1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler ..	7
2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden.....	9
Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts	9
Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen.....	9
Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung.....	10
Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes	11
3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige	13
4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen	14
III. Ergänzende Änderungen	15
1) Beitragsschulden von Stief- und Enkelkindern im Zusammenhang mit der oAV	15

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf enthält verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel einer finanziellen Entlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dies geschieht zum einen durch die bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verankerte **Rückkehr zur vollständigen paritätischen Finanzierung**. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen künftig nicht mehr nur den allgemeinen Beitragssatz, sondern auch den kassenindividuell erhobenen Zusatzbeitragssatz gemeinsam und zu gleichen Teilen.

Mit der Wiederherstellung der Parität muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch auch eine Reform des vollständigen Einkommensausgleichs (§ 270a SGB V) einhergehen: Der **Einkommensausgleich** beim Zusatzbeitragssatz ist entweder zu streichen oder mindestens auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu beschränken. Hierdurch würde der aktuell auftretende Effekt reduziert, dass Krankenkassen, die bereits einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag veranschlagen müssen, Krankenkassen mit besonders günstigen Beitragssätzen subventionieren. Die Benachteiligung von Krankenkassen mit vergleichsweise hohen Grundlöhnen ihrer Beschäftigten, die ihre Versicherten vorwiegend in Ballungsräumen mit einer teuren Versorgungsstruktur betreuen, würde abgebaut oder gemindert.

Darüber hinaus sieht der Entwurf aber auch eine Entlastung der Versicherten über eine verpflichtende Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes vor, sofern Rücklagen und Betriebsmittel der jeweiligen Krankenkasse eine bestimmte, gesetzlich neu definierte **Obergrenze der Finanzreserven** überschreiten. Diese Regelung ist politisch nachvollziehbar, birgt aber unter gegenwärtigen Bedingungen erhebliche Risiken und Wettbewerbsbeeinträchtigungen. Die entsprechenden Vorschriften des SGB V sehen auch heute schon Höchstgrenzen vor, die jedoch in der Praxis vielfach missachtet werden. Allerdings sehen die Betriebskrankenkassen bei der Ausgestaltung der geplanten Regelung Änderungsbedarf:

- Damit ausreichend Rücklagen für erwartete Ausgaben aus den gesetzlichen Regelungen der letzten Legislaturperiode sowie den Vorhaben des Koalitionsvertrages vorhanden sind, sollte die neue Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) nicht wie vorgesehen 100 Prozent, sondern 150 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse betragen. Hierdurch würde zum einen dem politischen Ziel einer Vermögensabschmelzung Genüge getan (Reduktion der Reserven von 250 Prozent auf 150 Prozent einer Monatsausgabe) und gleichzeitig Spielraum für eine sinnvolle Gesundheitsversorgung gelassen.

- Damit der Vermögensabbau bei einzelnen Kassen den GKV-Mitgliedern unmittelbar und bundesweit gleichzeitig zu Gute kommt, sprechen wir uns für eine sofort wirkende Regelung statt Zusatzbeitragssatzsenkungen mit dreijähriger Übergangsfrist sowie Verlängerungsoption aus: Überschreitet eine Krankenkasse die neue Obergrenze von 150 Prozent, muss sie sofort und dauerhaft die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds überweisen. Die Finanzmittel, die der Gesundheitsfonds auf diesem Wege zusätzlich erhält, sollen zu einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes verwendet werden. Somit würden alle Mitglieder der GKV und die Arbeitgeber gleichermaßen entlastet.
- Zudem ist den Haftungsrisiken für Kassenarten, Trägerunternehmen und der Versicherungsgemeinschaft besser Rechnung zu tragen:
 - Krankenkassen mit weniger als 100.000 Mitgliedern, statt wie im Entwurf vorgesehen 50.000 Mitgliedern, müssen eine höhere Obergrenze beantragen können. Sie müssen ausreichend finanziellen Spielraum behalten können, wenn z. B. im Versorgungsfall teurer Krankheiten die Kosten für die Versorgung die Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weit übertreffen. Erst ab einer Kassengröße von über 100.000 Mitgliedern ist bei einer Reduzierung der Finanzreserven sichergestellt, dass das Auftreten von Hochkostenfällen (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) nicht kurzfristig zu existenziellen Bedrohungen einer Kasse führen kann.
 - Darüber hinaus sollten traditionelle Betriebskrankenkassen vor dem Hintergrund der für sie bestehenden Haftung seitens des jeweiligen Trägerunternehmens von der Geltung einer Obergrenze gänzlich ausgenommen werden. Es handelt sich hier um Kassen mit kleinen, in sich geschlossenen Versicherungsgemeinschaften, die dennoch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheits- und Sozialpolitik ihrer Trägerunternehmen und damit zu einer gesunden Arbeitnehmerschaft leisten. Müssen diese Kassen Rücklagen abbauen, steigt automatisch das Haftungsrisiko der Trägerunternehmen.

Der Referentenentwurf lenkt zu Recht den Fokus darauf, dass die Finanzreserven zwischen den gesetzlichen Krankenkassen äußerst unterschiedlich verteilt sind. Ursächlich dafür sind die bestehenden **Verzerrungen im Morbi-RSA**: einige Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA höhere Zuweisungen, als sie zur Deckung der Ausgaben für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Entsprechend können diese Krankenkassen - bei gleichzeitig niedrigen Zusatzbeitragssätzen - auch hohe Rücklagen aufbauen. Andere Krankenkassen erhalten über den Morbi-

RSA hingegen viel zu geringe Zuweisungen. Demzufolge sind sie gezwungen, höhere Zusatzbeiträge zu erheben bzw. können nur geringe Rücklagen aufbauen.

Die vorgesehene Neuregelung zum Abschmelzen der Vermögensreserven muss daher mit einer zeitgleich wirkenden Reform des Morbi-RSA einhergehen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Änderung der **obligatorischen Anschlussversicherung (oAV)**. Die Umsetzung folgender Vorschläge ist zur Verwirklichung der gesetzgeberischen Ziele relevant:

- Für eine einheitliche Umsetzung bedarf es verbindlicher Kriterien für die Krankenkassen, wie sie bezüglich der Ermittlung bei ungeklärten Versicherungsverhältnissen vorzugehen haben (Amtsermittlungspflichten). Das lässt sich nur durch eine gesetzliche Vorgabe oder durch eine rechtliche Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, die Umsetzung bis zum Inkrafttreten einheitlich zu regeln, sicherstellen.
- Die Regelung zur Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern seit Einführung der oAV wird befürwortet. Der in der Vergangenheit recht unterschiedliche Umgang in Bezug auf die Durchführung einer oAV wird durch die Rückzahlungen der RSA-Zuweisungen ausgeglichen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass in diesem Zuge sämtliche freiwillige Mitgliedschaften überprüft werden – und dies unabhängig davon, ob sie vor Inkrafttreten der Neuregelung beendet waren oder nicht. Somit wird verhindert, dass mit nun ggf. stattfindenden Bereinigungen des Versichertenbestandes das Ziel der Zuweisungskorrektur für seit dem 1. August 2013 ungeklärte „passive“ Mitgliedschaften in der GKV unterlaufen wird.
- Um auch langfristig die Entwicklung der Beitragseinnahmen und Beitragsschulden differenzierter nachvollziehen zu können, ist eine Anpassung bestehender Statistiken sachgerecht und geboten. Einer gesetzlichen Regelung bedarf es nicht. Die notwendige Transparenz kann durch einen Erlass gemäß § 79 SGB IV hergestellt werden. Damit würde eine zeitnahe Umsetzung ermöglicht.

In diesem Zusammenhang weisen die Betriebskrankenkassen ergänzend auf die Problematik der **Beitragsschulden von Stief- und Enkelkindern im Zusammenhang mit der oAV** hin. Sie kann durch die Anwendung von § 10 Absatz 4 SGB V entstehen, wenn die jeweiligen Eltern- bzw. Stiefelternanteile bei der Prüfung des überwiegenden Unterhalts nicht mitwirken. Die hieraus resultierenden, massiven Beitragsschulden der betroffenen Kinder führen bei den Krankenkassen zu erheblichem Aufwand durch die Mahn- und Vollstreckungsbearbeitung. Gelöst

werden könnte dies durch Ersetzen des Tatbestandsmerkmal des „überwiegenden Unterhalts“ durch das Merkmal der „Haushaltsaufnahme“.

Die Notwendigkeit, die **Beitragsbelastung der Selbstständigen** mit geringem Einkommen zu senken und damit auf veränderte Erwerbsstrukturen zu reagieren, ist unumstritten. Der damit einhergehende Wegfall der Härtefallregelung wird ebenfalls begrüßt. Eine Differenz von etwa 19 Euro in der Mindestbeitragshöhe bei freiwillig versicherten Selbständigen und sonstigen freiwilligen Mitgliedern legt eine personenkreisunabhängige Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung und damit eine Absenkung auf den 90. Teil nahe.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, für **Rückstellungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung über Aktienanlagen**, die als hinreichend sicher bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist. Darüber hinaus schlagen wir vor abzuwägen, ob eine adäquate Aktienquote für alle Geldanlagen eingeführt werden kann.

II. Kommentierung im Detail

1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

(zu Artikel 1 Nr. 10 und 11: Änderungen der §§ 260 und 261 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen können die angestrebten Änderungen zur Reduzierung sowohl des zulässigen Höchstbetrags für Betriebsmittel und Rücklagen einer Krankenkasse als auch der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds politisch nachvollziehen. Änderungen an dieser Stelle, vor allem solche, die den Druck auf den Preiswettbewerb erhöhen, sind nach Auffassung der Betriebskrankenkassen aber unbedingt mit einer zeitgleich wirkenden Reform des Morbi-RSA zu flankieren. Sonst verzerren sie den Wettbewerb noch mehr und können Kassen in ihrer Existenz gefährden.

Die Betriebskrankenkassen befürworten außerdem, die neue Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) nicht wie vorgesehen bei 100 Prozent, sondern bei 150 Prozent festzusetzen. In den Eckpunkten des Referentenentwurfes wird unter Nr. 4 auf gesetzliche Höchstgrenzen für die Finanzreserven analog zu gesetzlichen Rentenversicherung verwiesen. Dort ist die Obergrenze der sog. Nachhaltigkeitsrücklage, die sich ebenfalls aus Betriebsmitteln und Rücklagen zusammensetzt, mit 150 Prozent einer Monatsausgabe festgesetzt. Insofern ist es sachgerecht, auch für die GKV diesen Grenzwert anzusetzen.

Aus unserer Sicht ist der vorgesehene Übergangszeitraum von drei Jahren zum Abschmelzen der Vermögensreserven inkl. Option zur Verlängerung um zwei Jahre zu lang. Gleichzeitig sollten die Finanzmittel, die die neue Obergrenze für die Finanzreserve überschreiten, nicht für ein Absenken des Zusatzbeitragssatzes verwendet werden. Dies würde vor allem den Krankenkassen zusätzliche Wettbewerbsvorteile verschaffen, die auf Grund der Verwerfungen im Morbi-RSA aktuell bereits einen niedrigen Zusatzbeitragssatz bei gleichzeitig hohen Finanzreserven aufweisen. Auch lokal schon bestehende Marktkonzentrationen würden so weiter verschärft.

Stattdessen sollten die betroffenen Krankenkassen die überschießenden Finanzmittel (Finanzreserven > 150 Prozent) sofort und dauerhaft an den Gesundheitsfonds überweisen. Der allgemeine Beitragssatz könnte damit entsprechend gesenkt werden. Dies hätte zur Folge, dass alle GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber zeitgleich und bundesweit einheitlich – statt ggf. regional und kassenbezogen - von der Entlastung profitieren könnten.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Sonderregelung, bei kleineren Krankenkassen ggf. eine höhere Vermögensreserve zuzulassen (§ 260 Abs. 2 S. 2 neu), ist u.a. aus dem in der Gesetzesbegründung aufgeführten Risiko einer durch Versichertenwachstum veränderten Kassenstruktur sachgerecht und sinnvoll. Allerdings sollte statt der im Referentenentwurf angegebenen

Obergrenze von 50.000 Mitgliedern eine maximale Mitgliederzahl von 100.000 herangezogen werden, da sich der genannte Effekt erfahrungsgemäß auch bei Krankenkassen bis zu dieser Größenordnung zeigen kann.

Ein weiterer Grund für eine notwendiger Weise abweichende Bewertung der Höhe von Betriebsmitteln und Rücklagen bei kleineren Kassen liegt darin, dass plötzlich auftretende Hochkostenfälle schnell die Existenzfrage für die Kasse generieren können. Gerade bei sehr kleinen Krankenkassen beträgt die durchschnittliche Höhe einer Monatsausgabe deutlich weniger als eine Million EUR. Bei Hochkostenfällen in der GKV (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) fallen erfahrungsgemäß Kosten an, die die Betriebsmittel und Rücklagen einer solchen Kasse bei einer reduzierten Obergrenze (auch im Falle des eineinhalbfachen einer Monatsausgabe) unmittelbar aufzehren. Eine Gegenfinanzierung über Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erfolgt hierfür nur unzureichend. Für die angesprochenen Kassen könnten aus einer Reduzierung des zulässigen Maximalvermögens unmittelbar existenzbedrohende Situationen resultieren. Sogar kurzfristige Liquiditätsengpässe müssten befürchtet werden. Regelungen im Rahmen der Haftungsprävention bis hin zu Kassenschließungen stellen grundsätzlich keine sachgerechten Lösungen solcher Situationen dar. Vielmehr müssen auch kleinere Krankenkassen aus eigener Kraft in der Lage sein, entsprechende Risiken mit höheren Rücklagen abzufedern.

Gleichermaßen gilt diese Argumentation auch für traditionelle bzw. geschlossene Betriebskrankenkassen, die in der Regel eine kleine, in sich geschlossene Versichertengemeinschaft sind. Hinzu kommt jedoch, dass bei traditionellen Betriebskrankenkassen das Haftungsrisiko primär nicht beim Haftungsverbund „Kassenart“, sondern beim jeweiligen Trägerunternehmen liegt. Diesem würde durch die aktuell vorgesehene Regelung vom Gesetzgeber ein unkalkulierbares Risiko auferlegt werden. Deshalb sollte für die traditionellen Betriebskrankenkassen grundsätzlich keine Pflicht zur Absenkung der Finanzreserven bestehen.

Abschließend ist dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere die Jahresrechnung einer betroffenen Krankenkasse nicht von gegenstandslosen Verpflichtungsbuchungen beeinflusst wird. Die Rechnungsergebnisse der vergangenen Jahre haben deutlich gemacht, dass die von Krankenkassen gebildeten Schätzverpflichtungen im Zusammenhang mit den Zuweisungen über den Morbi-RSA teilweise ohne realen Bezug waren und sich im Nachhinein als nicht werthaltig erwiesen haben. Die Fortsetzung dieser Buchungspraxis würde die angestrebte gesetzliche Regelung konterkarieren. Wenn also Krankenkassen entsprechende Korrekturen in amtlichen Statistiken ausweisen, die nicht über das Abschlagsverfahren oder amtliche Berechnungsvorgaben des Bundesversicherungsamtes (BVA) nachvollzogen werden können, sollten sie diese dem BVA gegenüber schlüssig und detailliert begründen müssen.

2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts

(zu Artikel 1 Nr. 3: Änderung § 188 SGB V)

Dem Referentenentwurf nach soll eine oAV künftig dann nicht mehr begründet werden, wenn die Krankenkasse im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung keinen Kontakt mehr zum Versicherten hat und dies auch entsprechend nachweisen kann.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Änderung der oAV. Für eine einheitliche Umsetzung bedarf es verbindlicher Kriterien für die Krankenkassen, wie sie den daraus folgenden Amtsermittlungspflichten Genüge tun. Dies lässt sich nur sicherstellen, wenn dieses im Gesetz vorgegeben wird oder der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet wird, die Umsetzung bis zum Inkrafttreten gemäß § 217f Absatz 3 SGB V einheitlich zu regeln.

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen

(zu Artikel 1 Nr. 4: Änderung § 191 SGB V)

Die Ergänzungen des § 191 SGB V stellen eine flankierende Maßnahme für die Fälle dar, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wurde, im weiteren Verlauf jedoch das Mitglied ins Ausland verzogen bzw. kein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland ermittelbar ist. Dieses wird begrüßt.

Für eine einheitliche Umsetzung bedarf es auch hier verbindlicher Kriterien für die Krankenkassen, wie sie den daraus folgenden Amtsermittlungspflichten Genüge tun. Dies lässt sich nur sicherstellen, wenn das Vorgehen im Gesetz vorgegeben wird oder der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet wird, die Umsetzung bis zum Inkrafttreten gemäß § 217f Absatz 3 SGB V einheitlich zu regeln.

Alternativ könnte § 191 Nummer 5 SGB V dahingehend ausgestaltet werden, dass hinsichtlich des Zeitpunktes der Beendigung der oAV auf das Ausbleiben der Beiträge abgestellt wird. Zahlt das Mitglied die fälligen Beiträge nicht, muss die Krankenkasse überprüfen, ob die Voraussetzung für eine oAV noch vorliegen, d. h. ob das Mitglied den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt noch im Inland hat. Gelingt dieser Nachweis binnen sechs Monaten nicht, ist die oAV rückwirkend ab dem Zeitpunkt von dem an keine Beiträge entrichtet wurden, zu stornieren. In

jedem Fall ist sicherzustellen, dass nicht der Beginn der Ermittlungstätigkeit der Krankenkasse maßgebend ist.

Infolge der Neuregelung des § 191 Nummer 5 SGB V werden Versicherungslücken für Personen entstehen, die sich im Inland aufhalten, deren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt die Krankenkasse aber nicht ermitteln kann, sodass die freiwillige Mitgliedschaft beendet wird. Wird die Mitwirkung durch das Mitglied zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt, *kann* nach der Begründung des Referentenentwurfs die Versicherungslücke rückwirkend mit einer grundsätzlich nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (sogenannte Auffang-Versicherung) geschlossen werden. Eine *verpflichtende* Durchführung der Auffang-Versicherung würde eher der Intention des Gesetzgebers entsprechen, dass jede Bürgerin und jeder Bürger versichert sein sollte. Das Konkurrenzverhältnis zwischen der oAV und der Auffang-Versicherung sollte im Rahmen des § 5 Absatz 8a Satz 1 SGB V neu definiert werden.

Die Prüfung der Nichtinanspruchnahme von Leistungen sollte im Rahmen von § 191 Nummer 5 SGB V sowohl beim Stammversicherten als auch bei den familienversicherten Angehörigen erfolgen. Dieses ist auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zu beschränken. Sind die Voraussetzungen des § 191 Nummer 5 SGB V erfüllt, wäre nicht nur die freiwillige Mitgliedschaft des Betroffenen, sondern auch die über diese Mitgliedschaft begründete Familienversicherungen zu beenden. Eine Überführung der bisher familienversicherten Angehörigen, die sich ebenfalls nicht mehr im Inland aufhalten, in die oAV sollte konsequenterweise ausgeschlossen werden.

Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung

(zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a): Änderung § 240 Absatz 1 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neuregelung. Klarzustellen ist jedoch, wie mit bereits angefallenen Säumniszuschlägen aus bestandskräftigen Beitragsbescheiden umzugehen ist und wie sich die Regelung zu § 240 Absatz 4a SGB V verhält.

Soweit die Begründung des Referentenentwurfs dahin gedeutet werden kann, dass die Krankenkassen gegebenenfalls Bedürftigkeitsprüfungen im Sinne des SGB II bzw. SGB XII vornehmen sollten, wäre das systemfremd und nicht darstellbar.

Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes

(zu Artikel 1 Nr. 13: § 323 SGB V – neu)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Regelung ausdrücklich.

Eingeschränkte Bestandsprüfung (§ 323 Absatz 1 und 2 SGB V - neu)

Die Begründung des Referentenentwurfs schränkt die Bereinigung auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften ein. Dies verfehlt das Ziel einer Korrektur der Zuweisungen für seit dem 1. August 2013 ungeklärter „passiver“ Mitgliedschaften in der GKV. Es bedarf einer Überprüfung sämtlicher freiwilliger Mitgliedschaften. Daher ist „laufend“ aus der Gesetzesbegründung zu streichen. Anderenfalls wären ungeklärte „passive“ Mitgliedschaften, die vor Inkrafttreten der Neuregelung beendet worden sind, gesichert und somit eine Bereinigung obsolet. Dies hätte zur Folge, dass damit verbundene RSA-Zuweisungen aus der Vergangenheit bei den jeweiligen Krankenkassen verbleiben würden. Zudem wäre die Möglichkeit gegeben, auch kurzfristig die Bestände zu bereinigen, um den Umfang der Korrekturbeträge zu reduzieren und Rückzahlungen zu umgehen.

Von einer Begrenzung der Bestandsbereinigung auf freiwillige Mitgliedschaften, welche ausschließlich über § 188 Absatz 4 SGB V zustande gekommen sind, sollte abgesehen werden. Auch freiwillige Mitgliedschaften, welche über einen herkömmlichen Beitritt des Versicherten über § 9 SGB V zustande gekommen sind, bei denen aber im Laufe der Zeit – wie bei den „passiven“ oAV-Mitgliedschaften – der Kontakt zum Mitglied verloren ging, keine Beiträge gezahlt und keine Leistungen in Anspruch genommen werden, sollten ebenfalls bereinigt werden.

Problematik Familienversicherte – (§ 323 Absatz 2 SGB V - neu)

Neben der rückwirkenden Aufhebung der „passiven“ freiwilligen Mitgliedschaften sind auch Zeiten der dazugehörigen Familienversicherung rückwirkend abzuwickeln und nach § 323 Absatz 3 SGB V zu melden.

Das Tatbestandsmerkmal der ausgebliebenen Leistungsanspruchnahme muss sich – wie bei § 191 Nummer 5 SGB V – sowohl auf den Betroffenen als auch auf familienversicherte Angehörige beziehen. Insofern verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 191 Nummer 5 SGB V, letzter Absatz.

Einheitliche Voraussetzungen (§ 323 Absatz 2 SGB - neu)

Im Hinblick auf die Ausgestaltung des § 323 Absatz 2 SGB V sollte ein Gleichklang zu § 191 Nummer 5 SGB V bestehen. Die rückwirkende Aufhebung der oAV sollte nicht vom Beginn der Ermittlungstätigkeit durch die Krankenkasse sein. Dazu verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 191 Nummer 5 SGB V.

Sollte § 323 Absatz 2 SGB V wie im Referentenentwurf vorgeschlagen belassen werden, bedürfte es für eine einheitliche Umsetzung verbindlicher Kriterien für die Krankenkassen, wie sie den daraus folgenden Amtsermittlungspflichten Genüge tun. Das lässt sich nur sicherstellen, wenn dieses im Gesetz vorgegeben wird oder der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet wird, die Umsetzung bis zum Inkrafttreten gemäß § 217f Absatz 3 SGB V einheitlich zu regeln.

Datenmeldung durch die Krankenkassen (§323 Absatz 3 SGB V - neu)

Die in Absatz 3 vorgesehene Art der Meldung ist in der Umsetzung und weiteren Bearbeitung sehr aufwendig und aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht erforderlich. Vielmehr sollte nach der erfolgten Bestandsbereinigung eine korrigierte Meldung der gesamten Versichertenzeiten (Satzart 110) für die RSA-Ausgleichsjahre seit 2013 durch die beteiligten Krankenkassen stattfinden. Dafür sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, dies mit dem identischen Pseudonymisierungsschlüssel wie bei den ursprünglichen Meldungen durchzuführen. Dies erfordert eine erneute Bereitstellung des jeweiligen Schlüssels für die betroffenen Ausgleichsjahre an die einzelnen Krankenkassen, sofern dieser zwischenzeitlich vernichtet werden musste.

Berechnung der Korrekturbeträge durch das BVA (§323 Absatz 4 SGB V – neu)

Der Korrekturbetrag nach Absatz 4 könnte bei Anwendung des vorstehend beschriebenen Verfahrens (Neumeldung der SA110) einfach durch das BVA als Differenz zur ursprünglich beschiedenen RSA-Zuweisung ermittelt werden.

Prüfung der Bestandsbereinigung (§323 Absatz 5 SGB V -neu)

Für die Prüfung nach Absatz 5 böte sich die Verwendung der Meldung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben nach SA700 (ursprüngliche Meldung) an. Nur bei den betroffenen Versicherten, die auch in der Neumeldung der SA110 vorhanden sind und die in der SA700 keine Leistungsausgaben aufweisen, wäre entsprechend der Vorgaben des Absatz 2 eine detaillierte Prüfung entsprechend der anderen Voraussetzungen (keine Beitragseingänge, keine Feststellung eines Wohnortes im Inland) erforderlich.

Wesentlich für diese Herangehensweise ist ggf. eine Aufbewahrung der Satzarten über den regulären Zeitraum von sechs Jahren hinaus. Eine Neumeldung der SA700 für die betroffenen Zeiträume ist zu vermeiden, um nachträgliche Korrekturen durch die Krankenkassen auszuschließen.

Zu den angegebenen Fristen – (§323 Absätze 1 und 3 SGB V – neu)

Die Krankenkassen bedürfen einer auskömmlichen Vorlaufzeit, um fachliche Ausgestaltungsfragen abschließend zu klären und anschließend die technische Umsetzung auszuführen. Die im Referentenentwurf vorgegebenen Zeiträume erscheinen hierfür knapp bemessen. Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen vor, bei den angegebenen Fristen anstelle des Verkündungsdatums auf das Datum des Inkrafttretens abzustellen. Darüber hinaus soll auch die Regelungswirkung des § 191 Nummer 4, 5 SGB V in der hier vorliegenden Entwurfsfassung ab Inkrafttreten des Gesetzes greifen, sodass eine Orientierung des § 323 SGB V (neu) daran konsequent wäre.

3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige

(zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b: Änderung § 240 Absatz 4 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbständige Mitglieder sowie den Wegfall der sogenannten Härtefallregelung ausdrücklich.

Hauptberuflich Selbständige müssen nach der vorgesehenen Regelung künftig anhand des 80. Teils der Bezugsgröße Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von mindestens 171,28 Euro zahlen. Soweit für sonstige freiwillig in der GKV Versicherte die Mindestbeitragsbemessung weiterhin auf dem 90. Teil der Bezugsgröße erfolgt, bedeutet dieses einen Krankenversicherungsbeitrag von mindestens 152,25 Euro monatlich. Es stellt sich die Frage, ob diese Differenz in der Beitragshöhe von 19,03 Euro die Aufrechterhaltung der Prüfung der Hauptberuflichkeit bei der Beitragseinstufung freiwillig versicherter Selbständiger nach § 240 SGB V noch rechtfertigt. Gut denkbar wäre deshalb, eine personenkreisunabhängige Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung zu etablieren und damit auf den 90. Teil abzusenken.

4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen

(zu Artikel 1 Nr. 2: Änderung § 171e SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, über Aktienanlagen, die als hinreichend sicher bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist.

Derzeit ist es auf Grund des äußerst niedrigen Zinsniveaus (teilweise sogar einer negativen Verzinsung) problematisch, interessante Geldanlagemöglichkeiten insbesondere für kurze Zeiträume, bis zu zwei Jahre, zu generieren. Insofern ist eine Neuausrichtung aus unserer Sicht notwendig und zielführend. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte deshalb grundsätzlich erwogen werden, ob eine adäquate Aktienquote nicht nur im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung, sondern für alle Geldanlagen eingeführt werden kann. Neben Aktien-Investitionen sollten grundsätzlich auch Investitionen in Unternehmensanleihen (nicht als Einzeltitel, sondern im Rahmen von Fondsanlagen, die bestimmten Sicherheitsanforderungen genügen müssen, z. B. Rating, staatsnahe Unternehmen, d. h. in Besitz von EU-Staaten, Gebietskörperschaften oder öffentlichen Einrichtungen) sowie die Möglichkeit der Beteiligung an Finanzierungsmaßnahmen von öffentlichem Interesse ermöglicht werden (wie z. B. Modernisierung von kommunalen Seniorenheimen, Schulen, Kindertagesstätten, Aufbau einer Infrastruktur für e-Mobilität). Hierzu ist auf konkrete Finanzierungskonzepte abzustellen. Darüber hinaus sind geeignete Absicherungen, wie Grundschuld, Verpfändung und Abtretungserklärungen, vorzuschreiben.

Wir sehen unsere Vorschläge hierbei im Kontext des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV) sowie einer notwendigen Flexibilisierung. Mit der Reform der Einlagensicherung zum 1. Oktober 2017 sind Schuldscheindarlehen aus der Einlagensicherung herausgenommen worden, Anlagen in Schuldscheindarlehen sind damit nicht mehr möglich. Mittelfristig werden alle Geldanlagen mit einer Laufzeit von mehr als 18 Monaten aus der Einlagensicherung herausgenommen. Die Reform der freiwilligen Einlagensicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 bzw. 1. Januar 2020 verschärft das Problem zusätzlich.

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen setzen enge Grenzen für nachhaltiges Handeln (§§ 80 ff. SGB IV) im Rahmen der Geldanlagen. Das führt dazu, dass Nachhaltigkeitsaspekte derzeit kaum berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen treten daher für eine

Erweiterung der Geldanlagemöglichkeiten mit Nachhaltigkeitskriterien ein. Über die Etablierung eines Nachhaltigkeitsleitfadens für die Sozialversicherung könnten verbindliche Regelungen zur Sicherung eines Qualitätsstandards erreicht werden.

III. Ergänzende Änderungen

1) Beitragsschulden von Stief- und Enkelkindern im Zusammenhang mit der oAV

Mit der Anwendung von § 10 Absatz 4 SGB V kann es in letzter Konsequenz auch zu einer oAV bei Stief- und Enkelkindern kommen. Wenn die jeweiligen Eltern- bzw. Stiefelternteile bei der Prüfung des überwiegenden Unterhalts nicht mitwirken. In der Folge entstehen bei den betroffenen Kindern massive Beitragsschulden und bei den Krankenkassen erheblicher Mehraufwand durch die Mahn- und Vollstreckungsbearbeitung.

Angesichts sich allgemein verändernder Familienstrukturen ist das Tatbestandsmerkmal des überwiegenden Unterhalts nicht mehr zeitgemäß. Würde dieses durch das Merkmal der Haushaltsaufnahme ersetzt bzw. bei Enkelkindern als alternative Voraussetzung verlangt, kann aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Zahl obligatorischer Anschlussversicherungen Minderjähriger und entsprechender Beitragsschulden reduziert werden.