



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 04.05.2018**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Beitragsentlastung der Versicherten in der
Gesetzlichen Krankenversicherung**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
Paritätische Finanzierung.....	4
Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige	4
Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung	5
Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen	5
Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen	6
II. Stellungnahme zum Gesetz	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
Nr. 2	8
§ 171e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil.....	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	10
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)	10
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	12
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (neu)	12
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	13
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	13
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	15
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1	15
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	17
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4	17
Nr. 6	20
§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen	20
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	21
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer) 21	
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	22
§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner) 22	
Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	24

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)	24
Nr. 10	25
§ 260 Betriebsmittel	25
Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	29
§ 261 Rücklage	29
Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	30
§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve	30
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	31
§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4	31
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	36
Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	36
Änderung des § 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung	38

I. Vorbemerkung

Paritätische Finanzierung

Der Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag folgend sieht der Referentenentwurf des BMG vor, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 in gleichem Maße von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bzw. den Rentnerinnen und Rentnern und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden, somit künftig auch der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V paritätisch finanziert wird. Entsprechend werden die Regelungen der Beitragstragung in den §§ 249, 249a und 257 SGB V so angepasst, dass künftig Versicherte und Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger den Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte tragen.

Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Minderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige. Die Zielsetzung folgt auch einer Positionierung des GKV-Spitzenverbandes, der anerkennt, dass die geltenden Regelungen der Beitragsfestsetzung für selbstständig Erwerbstätige, inklusive der gesetzlich vorgegebenen Mindestbemessungsgrenzen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation dieser Mitgliedergruppe nicht mehr gerecht werden. Die konkrete Umsetzung, wonach die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige zum 1. Januar 2019 vom 40. Teil der Bezugsgröße auf den 80. Teil der Bezugsgröße gemindert werden soll, hält der GKV-SV dagegen nicht für sachgerecht. Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine gesonderte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor. Die neue Mindestbemessungsgrenze kommt jedoch der allgemeinen Mindestbemessungsgrundlage für die übrigen freiwillig Versicherten in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.015,00 Euro) so nahe (es verbleibt bezogen auf die Bezugsgröße des Jahres 2018 eine Differenz von 135 Euro), dass sie die Besonderheiten der selbstständigen Erwerbstätigkeit bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Verhältnis zu den übrigen GKV-Mitgliedern nicht mehr angemessen berücksichtigen kann. Der GKV-Spitzenverband hält daher an seinem Vorschlag fest, für die hauptberuflich Selbstständigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro) zu bestimmen. Auch mit dieser Festlegung wäre eine deutliche Absenkung der Beitragsbelastung der selbstständigen GKV-Mitglieder verbunden und der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung sichergestellt. Sofern der Gesetzgeber den Vereinbarungen der Parteien im Koalitionsvertrag folgend eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der vorgesehenen

Größenordnung festzulegen gedenkt, stellt sich aus Sicht des GKV-SV angesichts der geringen Unterschiede aus Gründen der weiteren Verwaltungsvereinfachung unmittelbar die Frage nach Schaffung einer einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten.

Neben der Neubestimmung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige kündigt die Große Koalition im Koalitionsvertrag mit der Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Beitragsgerechtigkeit in der GKV an. Während die Herabsetzung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige mit erheblichen Mindereinnahmen einhergehen wird, wird die Krankenversicherung durch die im Koalitionsvertrag angekündigte schrittweise Einführung ausgabendeckender Beiträge für ALG II-Beziehende entlastet werden. Der GKV-Spitzenverband fordert, dass beide Maßnahmen zeitgleich in Kraft gesetzt werden, somit die erste Stufe der Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen der ALG II-Beziehenden ebenfalls zum 1. Januar erfolgen sollte.

Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der GKV-Spitzenverband teilt die Einschätzung des Ministeriums, dass der Anstieg der Beitragschulden bei den freiwilligen Mitgliedern wesentlich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die obligatorische Anschlussversicherung zusammenhängt. Bisher ist es den Krankenkassen nicht erlaubt, freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn sie nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht rechtssicher klären konnten, ob ein Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs verlassen hat. Die nun mit dem Referentenentwurf geplanten Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften sowie die vorgesehene Bestandsbereinigung unklarer Mitgliedschaftsverhältnisse sind – bei Berücksichtigung der weiteren vorgeschlagenen technischen Anpassungen – geeignet, Beitragsrückstände aus „ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu reduzieren. Die Neuregelungen werden im Grundsatz begrüßt; sie entlasten die Krankenkassen hinsichtlich ihrer Verwaltungsaufwände als Einzugsstellen.

Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen ab. Zum einen hält der GKV-Spitzenverband eine Obergrenze für Finanzreserven in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe aus fachlicher Sicht für zu niedrig. Zwar ist das Einnahmenrisiko der Krankenkassen mit Einführung des Ge-

sundheitsfonds auf den Gesundheitsfonds übergegangen, zugleich hat aber die Planungsunsicherheit auf der Ausgabeseite deutlich zugenommen. Zum anderen sieht der GKV-Spitzenverband in dem angestrebten massiven Abbau der Finanzreserven ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformansätze eingehend evaluiert werden, bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragssatzsenkungen verpflichtet werden. Im Interesse der Beitragszahlenden sollte vermieden werden, dass auf eine Welle gesetzlich erzwungener Beitragssatzsenkungen nachfolgende Ausgabensteigerungen zeitnah wiederum Beitragssatzerhöhungen notwendig machen.

Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgesehene Angleichung der gesetzlichen Vorgabe für den zulässigen Aktienanteil am Deckungskapital, das die Krankenkassen für ihre Altersversorgungsverpflichtungen bilden, an die Vorgaben des Versorgungsrücklagegesetzes des Bundes. Die Ausweitung der Anlagemöglichkeiten in Aktien auf max. 20 Prozent des Deckungskapitals ermöglicht es den Krankenkassen, ihr Verwaltungshandeln auch unter veränderten Kapitalmarktbedingungen weiter wirtschaftlich zu gestalten. Die geplante Änderung geht auf einen Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aus der vergangenen Legislaturperiode zurück.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit anzunehmen ist, um ihnen eine beitragsfreie Familienversicherung bzw. bei einem Einkommen oberhalb der Freigrenze des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 einen günstigeren Versicherungsschutz als nebenberuflich Selbstständige zu ermöglichen, wird ersatzlos gestrichen. Ab 1. Januar 2019 gelten für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen die allgemeinen Kriterien mit der Folge, dass hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Familienangehörige typisierend und generalisierend ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens von der beitragsfreien Familienversicherung ausgeschlossen sind (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V); sie partizipieren jedoch von der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in § 240 Absatz 4 SGB V, die zur Verstetigung der verbesserten Einkommenssituation dieses Personenkreises beiträgt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den gesetzlichen Krankengeldanspruch nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu wählen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der ab 1. Januar 2019 an geltenden beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen ist die beabsichtigte Neuregelung folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 171 e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen ist mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (6. SGB IV-Änderungsgesetz) – deziert in Anlehnung an die Regelung für den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 des Versorgungsrücklagegesetzes – die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nunmehr einen einheitlichen Aktienanteil von 20 Prozent eingeführt. Diese Erhöhung des maximalen Aktienanteils soll auch für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden.

B) Stellungnahme

Aufgrund der bereits seit Jahren anhaltenden Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten hat der GKV-Spitzenverband die Ausweitung des zulässigen Aktienanteils am Deckungskapital für Altersrückstellungen auf maximal 20 % bereits mit der Stellungnahme vom 8. Februar 2016 zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz gefordert. Dass die mittlerweile erfolgte Änderung im Rahmen des Versorgungsrücklagegesetzes für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nun für die Krankenkassen nachvollzogen wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die weiteren, bislang nicht berücksichtigten Anregungen aus der genannten Stellungnahme greifen wir nochmals auf. Sie haben das Ziel, die Renditechancen der Anlage des Deckungskapitals bei gleichzeitiger Risikoreduktion durch Diversifikation zu verbessern und eine nicht begründbare Privilegierung der Anlage des Deckungskapitals nach § 171e SGB V gegenüber der Anlage des Deckungskapitals nach § 12 SVRV zu beenden.

Der Argumentation, dass eine passive Anlage zur Risikoreduktion beitrage, kann nicht uneingeschränkt zugestimmt werden. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfolio-Management Verluste in Zeiten sinkender Kurse nachweislich begrenzt werden.

Für die Aktienanlage sollten auch Anleihen im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz unter Maßgabe der Einschränkung nach § 83 Abs. 4 SGB IV sowie der Verpflich-

tung zu Kurssicherungsgeschäften bei nicht im Inland gültigen Währungen entsprechend § 83 Abs. 2 SGB IV zulässig sein. Damit würde der bisherigen Systematik des SGB IV gefolgt. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung sollte darüber hinaus gleichermaßen auch für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 SVRV gelten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 171e Absatz 2a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements“ durch die Wörter „in Aktien eines Staates nach § 83 Abs. 4 SGB IV“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird ein neuer Satz eingefügt: „Die Anlage in Währungen, die nicht im Inland gelten, ist nur in Verbindung mit Kurssicherungsgeschäften zulässig.“

In Satz 3 (neu) wird die Angabe „10 Prozent“ durch „20 Prozent“ ersetzt.

Es wird ein neuer Satz 5 angefügt: „Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der GKV ausscheiden, kraft Gesetzes ohne ihre Mitwirkung in die freiwillige Versicherung einbezogen (sogenannte obligatorische Anschlussversicherung), wenn sie für den Krankheitsfall nicht anderweitig abgesichert sind. Die Regelung dient dem Ziel der Gewährleistung eines lückenlosen Versicherungsschutzes und ist in ihrer Kernaussrichtung sachgerecht. Sie berücksichtigt jedoch nicht in ausreichender Weise praktische Gegebenheiten bei der Umsetzung. Dies gilt in besonderer Weise bei den Fallkonstellationen, bei denen die Krankenkassen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht in der Lage sind, den Aufenthaltsort des Betroffenen zu ermitteln, die obligatorische Anschlussversicherung gleichwohl zu begründen haben. Die Folge sind regelmäßig auflaufende „fiktive“ Beitragsrückstände.

Die geplante Neuregelung verfolgt die Intention, das Zustandekommen von „ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu verhindern. Künftig soll eine obligatorische Anschlussversicherung nicht begründet werden, wenn die Krankenkasse – trotz Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten – weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann.

B) Stellungnahme

Mit der Rechtsänderung wird eine entsprechende Forderung des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen, die bereits im Zuge der öffentlichen Diskussion im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum „Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ formuliert wurde. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung in seiner grundsätzlichen Ausrichtung ausdrücklich begrüßt. Mit der konkreten Ausgestaltung der angedachten Neuregelung lässt sich jedoch das erklärte Ziel, dem Anwachsen von nicht erfüllbaren Beitragsforderungen entgegenzuwirken, nicht hinreichend erreichen. Die gewählte Formulierung „solange die Krankenkasse den Wohnsitz nicht ermitteln kann“ löst das Problem nur temporär; ein finaler Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung geht damit allerdings nicht einher. Die Regelung würde zwar dazu

führen, dass zunächst keine obligatorische Anschlussversicherung zu begründen wäre, verhinderte jedoch nicht, dass zu einem späteren Zeitpunkt – beispielsweise im Falle einer nachträglichen Feststellung einer Versicherungslücke – gleichwohl die obligatorische Anschlussversicherung zu begründen wäre. Im Ergebnis wären die Mitglieder – insbesondere, wenn längere Zeiträume durch die Rückwirkung betroffen sind – mit erheblichen Beitragsnachforderungen konfrontiert. Da das geltende Recht keine Möglichkeiten der Ermäßigung entsprechender Beitragsnachforderungen (selbst bei fehlender Leistungsanspruchnahme) für freiwillige Mitglieder zulässt, bestünde erneut die Gefahr des Anwachsens nicht realisierbarer Beitragsforderungen.

Der beschriebene Effekt lässt sich weitgehend vermeiden, wenn in den vorgenannten Fallkonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung dauerhaft ausgeschlossen bleibt. Hierfür wäre in § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V –neu– anstelle des Wortes „solange“ die Formulierung „wenn“ zu verwenden. Sollte sich im Einzelfall nachträglich – entgegen der ursprünglichen Annahme – herausstellen, dass die betroffene Person im fraglichen Zeitraum gleichwohl dem deutschen Recht unterlag und keine Absicherung im Krankheitsfall hatte, wird die Versicherungslücke durch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V geschlossen. Diese geht mit der Möglichkeit der Ermäßigung von Beitragsrückständen nach Maßgabe des § 256a SGB V einher.

Zuletzt wird redaktionell angemerkt, dass die Einführung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V –neu– in den nachfolgenden Sätzen die Änderung des Querverweises auf Satz (jetzt) 5 notwendig macht.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird das Wort „solange“ durch das Wort „wenn“ ersetzt.

In Artikel 1 wird folgende neue Nummer 3 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) eingefügt:

„In den neuen Sätzen 6 bis 8 wird die Angabe „Satz 4“ jeweils durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle Mitglieder mit Beitragsrückständen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit der Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger im Falle der Hilfebedürftigkeit hinzuweisen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Krankenkassen in ihrer Praxis bereits heute jeweils unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles die betroffenen Mitglieder über die geltende Rechtslage hinsichtlich der Möglichkeiten einer Beitragsübernahme durch Dritte informieren. Bei einer generellen Informationspflicht ist dagegen nicht auszuschließen, dass die Hinweise der Krankenkassen ganz überwiegend ins Leere laufen würden; jedenfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der betroffenen Mitglieder tatsächlich die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Hilfebedürftigkeit nach den Vorgaben des SGB II oder SGB XII erfüllt. Die vorgesehene Regelung wirft zudem die Frage auf, für welchen Personenkreis sie gelten soll. Denn dies ist angesichts ihrer Einordnung in § 188 SGB V nicht hinreichend definiert.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es zielführender, der Problematik von zunehmenden Beitragsrückständen ergänzend dadurch zu begegnen, dass die Möglichkeit einer auch rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger geschaffen wird. Der GKV-Spitzenverband hat in den vergangenen Jahren diesen Vorschlag bereits wiederholt unterbreitet.

Soweit gleichwohl an der geplanten Hinweispflicht der Krankenkassen festgehalten werden soll, wird angeregt die Informationspflicht rechtssystematisch nicht in § 188 SGB V – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft –, sondern in § 16 Absatz 3a SGB V einzuordnen, welcher die Rechtsfolgen von Beitragsrückständen für das Mitglied vorgibt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht die Einführung von zwei neuen Tatbeständen für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vor. Die vorgesehene Nummer 4 regelt im Sinne einer Klarstellung, dass die freiwillige Mitgliedschaft beendet wird, wenn das Mitglied den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts dauerhaft verlässt.

Der Beendigungsgrund in Nummer 5 ist als eine ergänzende Regelung zum neu eingeführten Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung im Falle eines unbekanntem Aufenthalts des Mitglieds (vgl. Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a) konzipiert. Danach endet eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes, wenn ab einem bestimmten Zeitpunkt anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon wird ausgegangen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten die Krankenkasse den Aufenthaltsort des Mitglieds nicht feststellen kann und der Betroffene weder Beiträge zahlt noch Leistungen in Anspruch nimmt.

Im Übrigen differenziert die neue Nummer 5 nicht danach, auf welcher Rechtsgrundlage die freiwillige Mitgliedschaft ursprünglich zustande gekommen ist. Insoweit werden die Sachverhalte im Sinne des § 9 und des § 188 Absatz 4 SGB V gleich behandelt.

B) Stellungnahme

Die Einführung des Beendigungstatbestandes in Nummer 4 ist grundsätzlich entbehrlich. Die darin beschriebene Rechtsfolge ergibt sich bereits aus dem Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches und entspricht der gelebten Praxis der Krankenkassen. Die vorrangigen Regelungen des zwischen- und überstaatlichen Rechts könnten durch die Rechtsänderung ohnehin nicht ausgeblendet werden. Sollte gleichwohl an der Regelungsabsicht festgehalten werden, wird empfohlen, anstelle der vorgeschlagenen Textierung eine bereits für einen vergleichbaren Sachverhalt bestehende, präzisere Formulierung aus § 190 Absatz 13 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu übernehmen.

Die Einführung des Beendigungsgrundes in Nummer 5 ist in seiner grundsätzlichen Ausrichtung zu begrüßen. Die Regelung entspricht einem vom GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit unterbreiteten Vorschlag. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung ist allerdings nachzujustieren. Insbesondere lässt sie die Bestimmung des Beginns des maßgeblichen

sechsmonatigen Zeitraumes nicht zu und berücksichtigt nicht eine mögliche Leistungsanspruchnahme durch die familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

C) Änderungsvorschlag

Die Einführung des Beendigungstatbestandes in Nummer 4 ist zu streichen.

Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c) Nummer 5 wird wie folgt formuliert:

„rückwirkend mit Ablauf des Vortages, an dem der Krankenkasse die Aufgabe des bisherigen Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes durch das Mitglied bekannt wurde, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten innerhalb von sechs darauf folgenden Monaten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe a)

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden bei freiwilligen Mitgliedern, die bei der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mitwirken, die Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt (sogenannter Höchstbeitrag). Weist das Mitglied niedrigere tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen später nach, kann der Höchstbeitrag grundsätzlich nicht für die Vergangenheit reduziert werden, wenn ein entsprechender Beitragsbescheid der Krankenkasse eine endgültige Beitragsfestsetzung vorsieht. Abweichend hiervon versehen die Krankenkassen bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Hierdurch wird dem Umstand, dass Mitglieder ihren Mitwirkungspflichten häufig verspätet nachkommen, Rechnung getragen und zugleich das Anwachsen von Beitragsrückständen wirkungsvoll vermieden. Das Verfahren basiert auf einer Regelung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes.

Die geplante Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach endgültiger Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen.

Eine weitere Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.

Wird die ursprüngliche Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze nachträglich nach einer der beiden Optionen korrigiert, sollen auf die rückständigen Beiträge keine Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1 SGB IV erhoben werden.

Im Übrigen gilt die vorgesehene Rechtsänderung für alle Personen, die vom Geltungsbereich des § 240 SGB V erfasst sind.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die geplante Rechtsänderung ab. Das als Sanktionsinstrument bei fehlender Mitwirkung konzipierte Verfahren der Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze verlöre durch die beabsichtigte Neuregelung nachhaltig an Wirkung. Anderweitige Möglichkeiten, das Mitglied zur Mitwirkung hinsichtlich der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen zu bewegen, stehen den Krankenkassen nicht zur Verfügung. Die aktuell in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes vorgesehene Möglichkeit, durch die Vorlage der Einkommensnachweise innerhalb von drei Monaten eine rückwirkende Korrektur des Höchstbeitrages zu bewirken, trägt den Erfahrungen der Krankenkassen hinreichend Rechnung und schafft eine ausgewogene Balance zwischen der im Einzelfall notwendigen Sanktionierung fehlender Mitwirkung und der Vermeidung einer möglichen sozialen Härte. Insoweit bedarf es keiner Anpassung in der aktuellen Rechtslage.

Die Verpflichtung zur rückwirkenden Anpassung der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag von Amts wegen durch die Krankenkasse aufgrund hinreichender Anhaltspunkte ist im Übrigen nicht praxiskonform. Wenn die Krankenkasse schon über die Informationen zu der aktuellen Einkommenssituation des Betroffenen in Form „hinreichender Anhaltspunkte“ verfügt, liegen ihr regelmäßig auch die Informationen über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds in dem durch die Sanktion betroffenen Zeitraum vor. In aller Regel bleibt für die Anwendung des Sanktionsinstrumentariums in diesen Sachverhaltskonstellationen mithin kein Raum.

Ferner ist auch die Regelung, nach der in den angesprochenen Sachverhalten keine Säumniszuschläge zu erheben sind, nicht sachgerecht. Durch die Aufhebung des ursprünglichen Beitragsbescheides wären Säumniszuschläge, soweit sie auf die höhere Bemessungsgrundlage entfallen, durch den Wegfall der Geschäftsgrundlage ohnehin nicht zu erheben. Ein darüber hinausgehendes Verbot der Erhebung von Säumniszuschlägen auf Grundlage der festgestellten tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen würde einer nicht gerechtfertigten Bevorzugung dieser Mitglieder gegenüber allen anderen Mitgliedergruppen gleichkommen. Gründe hierfür sind jedoch nicht ersichtlich. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Soweit gleichwohl an der geplanten Regelung festgehalten werden soll, wird rein redaktionell angeregt, anstelle der Begriffe „Höchstbeiträge“ und „Einkünfte“ die in § 240 SGB V bereits verwendeten Rechtsbegriffe einzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe b)

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aktuell für freiwillig in der GKV versicherte hauptberuflich Selbstständige im Regelfall geltende Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des kalendertäglich vierzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Damit einher geht auch der Wegfall der zurzeit noch notwendigen Differenzierung zwischen dem regelmäßig maßgeblichen vierzigsten und dem unter bestimmten Bedingungen zulässigen sechzigsten Teil der Bezugsgröße innerhalb der Gruppe der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen.

Darüber hinaus wird der in § 240 Absatz 4 Satz 6 SGB V enthaltene Verweis auf die Besonderheiten der Statusfeststellung bei der Beurteilung der selbstständigen Tätigkeit der Tagespflegepersonen nach Vorgaben des § 10 Absatz 1 Satz 3 SGB V aufgrund der Streichung des Letzteren (vgl. Artikel 1 Nummer 1) redaktionell angepasst.

B) Stellungnahme

Die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ist grundsätzlich zu begrüßen. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger durch entsprechende Nachjustierungen der beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen.

Als problematisch ist jedoch die Höhe der vorgesehenen Mindestbemessungsgrundlage zu bewerten. Die vorgesehene Regelung erscheint inkonsistent und berücksichtigt nicht ausreichend die prägenden Grundsätze der Beitragsbemessung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V. Dies aus folgenden Gründen:

Zunächst ist grundsätzlich zu begrüßen, dass an der Systematik einer besonderen Mindestbeitragsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige festgehalten wird. Letztlich stellt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sicher, dass sich hauptberuflich selbstständige Mitglieder nicht zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können und in der Folge die Solidargemeinschaft der Beitragszahler belasten. Die höhere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige stellt insoweit sicher, dass Selbstständige nicht strukturell begünstigt werden, weil die Beitragsbemessung bei ihnen nicht wie bei anderen Mitgliedern am Bruttoeinkommen, sondern an dem um die Be-

triebsausgaben bereinigten Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit anknüpft (Nettoprinzip).

Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine entsprechende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor; die Differenz zur aktuellen allgemeinen und für alle anderen freiwilligen Mitglieder geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt jedoch lediglich rund 126 Euro. Die bislang mit der für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage intendierte Berücksichtigung der vorgenannten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen dürfte damit kaum sicherzustellen sein.

Darüber hinaus steht die Festlegung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße jedenfalls nicht uneingeschränkt im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V; danach sind bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Das Arbeitsentgelt eines in Vollzeit beschäftigten Arbeitnehmers liegt unter Berücksichtigung des geltenden Mindestlohns (8,84 Euro je Stunde) aktuell in einer Größenordnung von rund 1.530 Euro. Es erscheint vor diesem Hintergrund zumindest fraglich, ob die im Entwurf vorgesehene Mindestbeitragsbemessungsgrundlage noch im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V steht oder diese Vorgabe – bei einem Festhalten an der Regelungsabsicht – entsprechend anzupassen wäre.

Der bereits in der Vergangenheit vom GKV-Spitzenverband vorgetragene Vorschlag, für alle hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro) zu bestimmen, würde dagegen der Regelungssystematik des § 240 SGB V umfänglich entsprechen, der politischen Regelungsentention hinreichend Rechnung tragen und zugleich die aufgezeigten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (Brutto- bzw. Nettoprinzip) angemessen berücksichtigen. Im Übrigen wäre auch hiermit der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung sichergestellt.

Sofern gleichwohl an den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages, der eine deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige in der nunmehr vorgesehenen Größenordnung vorsieht, festgehalten werden soll, wäre angesichts der ohnehin marginalen Differenz zur allgemeinen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage darüber nachzudenken, ob die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige in Gänze aufgegeben wird und statt dessen eine für alle

Mitglieder einheitliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des neunzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße vorgehalten wird, da die mit den bislang differenzierten Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen intendierten Regelungsabsichten durch die vorgesehene signifikante Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ohnehin marginalisiert werden. Dies würde für die Krankenkassen die Beitragsbemessung insofern erleichtern, als eine Prüfung der Hauptberuflichkeit der selbstständigen Erwerbstätigkeit gänzlich entfallen könnte.

Soweit es um die redaktionelle Anpassung in § 240 Absatz 4 Satz 6 SGB V in Bezug auf Ta-
gespflegepersonen geht (vgl. Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc), wird
angemerkt, dass die vorgesehene Streichung des Verweises auf § 10 Absatz 1 Satz 3 SGB V
nicht ausreicht. Aufgrund der inhaltlichen Bezugnahme des dritten auf den zweiten Satz in
§ 10 Absatz 1 ist § 240 Absatz 4 Satz 6 SGB V in Gänze zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige wird auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt. Alternativ wird für alle freiwilligen Mitglieder die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt.

Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

„Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben“.

Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 10 und 11 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen dürfen ihre Zusatzbeiträge deshalb solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B) Stellungnahme

Die in Artikel 1 Nr. 10 und 11 vorgesehene Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband insgesamt als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Die vorgesehene Höhe einer verpflichtenden Obergrenze der Betriebsmittel und Rücklagen ist außerdem sachlich nicht gerechtfertigt. Ein an den im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen angelehntes Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes wird deshalb ebenfalls abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstaben a) und b)

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollen von Arbeitgebern und Beschäftigten künftig paritätisch finanziert werden. Die Regelungen sehen deshalb vor, dass auch Beiträge auf der Grundlage des Zusatzbeitragssatzes vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte getragen werden.

B) Stellungnahme

Unter der politischen Maßgabe, dass die Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitgebern und den Beschäftigten jeweils hälftig aufzubringen sind, wird durch die vorgesehenen Regelungen die gewünschte paritätische Finanzierung hergestellt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstaben a) und b)

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sollen vom Rentner und Rentenversicherungsträger paritätisch finanziert werden. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die bzw. sämtliche nach der Rente zu bemessenden Beiträge und damit auch der Zusatzbeitrag vom versicherungspflichtigen Rentner und Rentenversicherungsträger jeweils zur Hälfte getragen werden (Buchstabe a).

Mit der Änderung unter Buchstabe b soll die Parität bei den beitragsfreien Waisenrenten nach § 48 SGB VI in der Weise nachvollzogen werden, dass der Rentenversicherungsträger in diesem Fall gleichfalls die Hälfte des Beitrags und damit auch die Hälfte des Zusatzbeitrags trägt.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern herzustellen, ist es folgerichtig, auch bei den Beiträgen aus der Rente eine vollständige Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern vorzusehen. Dieses Ziel wird bei versicherungspflichtigen Rentnern mit der vorgesehenen hälftigen Beitragstragung durch den Rentner und Rentenversicherungsträger – unter Einschluss des Zusatzbeitrags – erreicht.

Für eine korrekte Umsetzung bedarf es jedoch einer Streichung des letzten Teilsatzes im Satz 1.

Für eine vollständige Umsetzung der Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern bedarf es darüber hinaus für den Personenkreis der freiwillig krankenversicherten Rentner einer entsprechenden Änderung der Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung nach § 106 Absatz 2 SGB VI (vgl. weiterer Änderungsbedarf).

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a) wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat krankenversicherte Arbeitnehmer soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Umsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die Regelung stellt sicher, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar ist mit dem Beitragsanteil des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte.

Die gewählte Formulierung ist jedoch missverständlich. Sie könnte so verstanden werden, dass nicht der halbe, sondern der volle durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für die Berechnung des Beitragszuschusses heranzuziehen ist. Im Sinne der Regelungsklarheit sollte die Formulierung daher nachjustiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 9 wird wie folgt gefasst:

In § 257 Absatz 2 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 241“ die Wörter „zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Finanzreserven von Krankenkassen wird eine verbindliche Obergrenze geschaffen, die auf die Summe der Betriebsmittel nach § 260 und der Rücklagen nach § 261 abstellt. Dabei wird die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf das 1,0-fache der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Bislang gilt für Betriebsmittel nach § 260 als Sollvorschrift eine Obergrenze in Höhe des 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe, wobei eine Monatsausgabe zur Deckung der laufenden Ausgaben Verwendung findet. Die restlichen 0,5 Monatsausgaben stellen als Betriebsmittelreserve die Finanzreserve dar, deren Höhe in Summe mit der Rücklage begrenzt wird. Die Obergrenze für die Rücklage liegt nach geltendem Recht (§ 261) bei einer Monatsausgabe. Die demgegenüber um 0,5 Monatsausgaben verminderte Obergrenze wird damit begründet, dass das Einnahmerisiko mit Einführung des Gesundheitsfonds von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen sei.

Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung kann die zuständige Aufsichtsbehörde auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist.

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze des 1,0-fachen einer Monatsausgabe innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrages. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch den Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Krankenkassen, die ihre Finanzreserven nicht entsprechend der vorgegebenen Fristen nach Absatz 2a abgebaut haben und die zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, müssen den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abführen. Dies soll die Krankenkassen unter Druck setzen, ihren Zusatzbeitragssatz so festzusetzen, dass oberhalb der Höchstgrenze liegende Finanzreserven konsequent abgebaut und keine neuen überschießenden Finanzreserven aufgebaut werden.

Übersteigen die Finanzreserven nach erfolgtem Abbau bzw. nach ggf. erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds in einem späteren Haushaltsjahr erneut das 1,0-fache der nach dem

Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe, hat die Krankenkasse im Regelfall erneut drei Jahre Zeit, die überschießenden Mittel abzubauen.

B) Stellungnahme

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach Haushaltsplan sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Eine Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe wäre zu niedrig angesetzt. Zwar ist es richtig, dass das Einnahmenrisiko seit dem 1. Januar 2009 auf den Gesundheitsfonds übergegangen ist. Die Krankenkassen erhalten, unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung, monatlich ein Zwölftel der für das Haushaltsjahr auf der Grundlage der prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds garantierten Zuweisungen. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass die Planungsunsicherheit auf der Ausgabenseite u. a. mit der wachsenden Bedeutung zum Teil extrem teurer ‚Innovationen‘, insbesondere im Arzneimittelbereich, deutlich zugenommen hat. Als Beispiele sind neben den Hepatitis C-Arzneimitteln, neue Wirkstoffe insbesondere zur Krebsbehandlung und die zunehmende Bedeutung von Orphan Drugs zu nennen.

Bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragsatzsenkungen verpflichtet werden, sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformansätze eingehend evaluiert werden. Der offenbar angestrebte massive Abbau von Finanzreserven ist ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal.

Dies umso mehr, als es in der letzten Legislaturperiode gelungen ist, der Qualität der Versorgung als Wettbewerbsparameter eine wachsende Bedeutung zu geben. Erzwungene, teilweise massive Zusatzbeitragsabsenkungen, die trotz einer Verteilung auf drei Jahre jährlich bis zu einem Beitragssatzpunkt betragen können, und eine im Bereich von rd. einem Dutzend zu erwartende Anzahl von Krankenkassen, die gezwungen werden, keinen Zusatzbeitrag zu erheben, werden dagegen wiederum den reinen Preiswettbewerb forcieren. Dabei sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Fokus des Wettbewerbs verstärkt auf die Versorgungsseite ausgerichtet werden.

Im Übrigen ist aus Umfragen unter GKV-Versicherten bekannt, dass die Versicherten mehrheitlich eine Reservebildung zur Sicherung mittel- bis langfristig stabiler Beitragssätze kurzzeitigen Beitragssatzsenkungen vorziehen.

Gelingt es einer betroffenen Krankenkasse im Falle der Realisierung der beabsichtigten Neuregelung nicht, ihre Finanzreserve so weit abzubauen, dass die (zudem abgesenkte) Obergrenze nicht überschritten wird, sind die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Dass eine Krankenkasse, die aufgrund nicht rechtmäßiger Datenmeldungen in den Morbi-RSA neben zu viel erhaltenen Zuweisungen auch einen Sanktionsaufschlag in Form zusätzlicher Mittel zahlen muss, die an den Gesundheitsfonds abzuführen sind, ist anerkannt und wird als sachgerecht empfunden. Gleiches gilt sicherlich auch für den mit diesem Gesetz vorgesehenen Strafaufschlag auf eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Bestandsbereinigung nach § 323 (neu). Dass aber eine Krankenkasse durch Abführung von Finanzmitteln in den Gesundheitsfonds sanktioniert wird, weil ihre Haushaltsplanung für das letzte Jahr des Rücklagenabbaus von einer günstigeren als der prognostizierten Ausgaben- oder Einnahmentwicklung überholt wird, ist nicht akzeptabel.

Der implizite Vorwurf, dass sich Krankenkassen in Fällen hoher Überschüsse jeweils strategisch schlecht gerechnet hätten, lässt außer Acht, wie schwierig für die Krankenkassen die Erstellung einer zutreffenden Prognose sein kann. So betrug im Jahr 2016 der vom Bundesgesundheitsministerium auf der Grundlage der Schätzerkreisprognose festgelegte Zusatzbeitragssatz 1,1 v. H.; der tatsächlich im Durchschnitt erhobene Zusatzbeitragssatz lag etwas darunter. Deshalb wurden von den Krankenkassen insgesamt 292 Mio. Euro weniger Einnahmen aus Zusatzbeiträgen generiert als sich mit dem aus Sicht des Schätzerkreises ex ante seriös geschätzten durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatz ergeben hätten. Angesichts des erforderlichen Rücklagenaufbaus einiger Krankenkassen, bedeutet dies zugleich, dass andere Krankenkassen über abgesenkte Zusatzbeitragssätze Rücklagen abbauen wollten.

Bekanntlich sind die Ausgaben der GKV im Jahr 2016 (und in der Folge auch in 2017) deutlich niedriger ausgefallen als prognostiziert. Die Höhe der haushaltsplanrelevanten Größe ‚mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen‘ wurde aufgrund der Fehleinschätzung so stark verändert, dass dies allein bei den Krankenkassen mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (hierunter finden sich naturgemäß die Krankenkassen mit den vermeintlich zu hohen Finanzreserven) isoliert betrachtet eine Ergebnisverbesserung um nahezu 0,9 Mrd. Euro zur Folge hatte. Für die Krankenkassen ist die mitgliederbezogene Veränderung eine mehr oder weniger feste Planungsgröße. Selbst dann also, wenn eine Krankenkasse ihre eigenen Ausgaben zutreffend prognostiziert hat, erfuhr sie somit auf der Einnahmenseite eine u. U. erhebliche Ergebnisverbesserung, die jenseits des Prognostizierbaren lag. Da es also unmöglich ist, Prognoseunsicherheit auszuschalten, ist es auch nicht akzeptabel, Fehlschätzungen zu sanktionieren. Zur Finanzautonomie gehört es auch, Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen. Planungsunsicherheiten haben sich allein mit dem Wegfall des Einnah-

menrisikos für die Krankenkassen nicht einfach aufgelöst, mechanistische Ansätze im Umgang mit Finanzreserven sind deshalb unsachgerecht und abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 261 Rücklage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich und die Definition einer Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Neuregelung in Nr. 10 ablehnt, ist auch die Folgeregelung in § 261 abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird erstmalig eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve in Verbindung mit der Überführung überschüssiger Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit einhergehend eine Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der bereits gesetzlich definierten und der weiteren im Koalitionsvertrag vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve zur (Co-)Finanzierung von Innovations- und Strukturfonds erscheint der gewählte Schwellenwert sachgerecht. Eine Anwendung fände die beabsichtigte Regelung zukünftig erst, wenn die Einnahmen des Gesundheitsfonds schneller wachsen als prognostiziert. In diesem Fall ist die Nutzung der überschießenden Mittel zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen angebracht. Die Beschränkung dieser Überführung auf 0,1 Beitragssatzpunkte der beitragspflichtigen Einnahmen erscheint wenig diskussionswürdig, zumal es zu wiederholten deutlichen Fehlprognosen kommen müsste, um überhaupt eine solche Größenordnung zu erreichen. Gleichwohl kann dies auch für einen Verzicht auf eine solche Begrenzung sprechen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 323 SGB V wird eine Übergangsregelung bei der Umsetzung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes geschaffen. Die Übergangsregelung hat folgende Inhalte:

- Verpflichtung für die Krankenkassen zur Durchführung einer Bereinigung der Mitgliederbestände speziell in Bezug auf den Personenkreis nach § 188 Absatz 4 SGB V (vgl. Absatz 1) einschließlich der Fristsetzung zur Erledigung der Bereinigungsaktion
- Definition der versicherungsrechtlichen Kriterien für die vorgenannte Bereinigung (vgl. Absatz 2)
- Regelungen zu den Auswirkungen der Bereinigungsaktion auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Absätze 3 bis 5)
- Korrektur der Beitragsfestsetzung für die Vergangenheit für Mitglieder, deren Beiträge wegen der fehlenden Mitwirkung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden (vgl. Absatz 6).

Nach den Absätzen 1 und 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, alle laufenden freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 SGB V zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt, noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Die Bestandsbereinigung erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag nach der Verkündung des Gesetzes und ist bis zum 1. Tag des sechsten Monats nach Verkündung durchzuführen.

Nach Absatz 3 werden die Krankenkassen verpflichtet, das Ergebnis der Bestandsbereinigung dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Prüfdiensten zum Ersten des neunten Kalendermonats nach Verkündung der beabsichtigten Neuregelung in Form einer entsprechenden Datenmeldung über den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Absatz 4 ermächtigt das Bundesversicherungsamt, für Ausgleichsjahre, für die der Jahresausgleich bereits korrigiert wurde, einen Korrekturbetrag zu ermitteln und durch Bescheid geltend zu machen. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen.

Nach Absatz 5 soll die Prüfung der Bestandsbereinigung durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) in Form einer Sonderprüfung spätestens bis zum Abschluss der nächsten Prüfung der Datenmeldungen nach § 42 RSAV erfolgen. Bei sich hieraus ergebenden weiteren Korrekturen des Mitgliederbestandes ermittelt das BVA wiederum einen Korrekturbetrag, der, sofern dies nach Lage des Einzelfalles nicht unbillig ist, mit einem Aufschlag von 25 % versehen wird.

Die Regelung des Absatzes 6 überträgt die mit dem § 240 Absatz 1 Satz 3 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) für freiwillige Mitglieder geschaffene Option einer rückwirkenden Korrektur der Höchstbeiträge auf die Bestandsfälle.

B) Stellungnahme

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 5 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 5 SGB V) von der angedachten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die Begründung des Referentenentwurfs schränkt hinsichtlich des § 323 Absatz 2 SGB V die Bereinigung auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften ein. Hierdurch wird die in der Änderungsvorschrift enthaltene Zielstellung einer Überprüfung sämtlicher freiwilliger Mitgliedschaften eingeschränkt. Daher ist zur Klarstellung das Wort „laufend“ aus der Gesetzesbegründung zu streichen.

Die in Absatz 1 vorgesehene Frist zur Umsetzung der Übergangsregelung erscheint im Hinblick auf die mit der Prüfung verbundenen Verfahrensabläufe zu kurz. Dies insbesondere deshalb, weil den Krankenkassen die insoweit erforderlichen Abrechnungsinformationen der Leistungserbringer jedenfalls in den in der jüngeren Vergangenheit begründeten Versicherungsverhältnissen erst nach Ablauf des in § 323 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Zeitkorridors vollständig zur Verfügung stehen.

Wegen der somit erforderlichen Fristverlängerung für den Abschluss des Bereinigungsverfahrens ist auch die Frist zur Meldung der Ergebnisse der Bestandsbereinigung an das Bundesversicherungsamt und die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen anzupassen. Da Ergebnisse der Prüfungen nach Absatz 5 der beabsichtigten Neuregelung bis zur Durchführung des Jahresausgleichs im Herbst 2019 ohnehin nicht in relevanter Zahl zu erwarten sind, empfiehlt sich eine Orientierung an den relevanten Meldeterminen für die Durchführung des Jahresausgleichs. Demnach ist die Datenmeldung über den GKV-Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt und die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen bis zum 15. Juni 2019 vorzusehen. Unseres Erachtens kann mit Vorgabe der Meldefrist für die Ergebnisse der Bestandsbereinigung auf eine eigenständige Frist für den Abschluss der Bereinigung verzichtet werden, da der zu bereinigende Zeitraum eindeutig definiert ist.

Damit das BVA den entsprechenden Korrekturbetrag berechnen kann, erfolgt eine Sonderdatenmeldung der Krankenkassen. Hierbei sind nach § 323 Abs. 3 Satz 2 (neu) die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 3, 4, 7 und 9 SGB V zu berücksichtigen. Das Nähere zu diesem Meldeverfahren soll das BVA nach Anhörung der Prüfdienste des Bundes und der Länder bestimmen. Eine Anhörung des GKV-Spitzenverbandes ist hierbei nicht vorgesehen.

Das Nähere zu den Datenmeldungen zur Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V i. V. m. § 30 Abs. 3 Satz 1 RSAV wird im Einvernehmen mit dem BVA definiert. Dies beinhaltet explizit auch die Umsetzung des nach § 268 Abs. 3 Satz 3, 4, 7 und 9 vorgesehenen Pseudonymisierungsverfahrens sowie das Meldeverfahren von den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das BVA. Es ist davon auszugehen, dass für eine fristgerechte Meldung der in § 323 Abs. 3 genannten Daten die Verwendung der in der o. g. Bestimmung definierten Verfahren und Datenstrukturen unabdingbar ist. Dies beinhaltet eine Prüfung eventuell notwendiger Anpassungen definierter Datenstrukturen und des damit einhergehenden softwaretechnischen Umsetzungsaufwandes auf Seiten der Krankenkassen. Wir halten daher die Einbindung des GKV-Spitzenverbandes in das in § 323 Abs. 3 Satz 4 vorgesehene Anhörungsverfahren für zwingend erforderlich.

Weiterhin ist u. E. auch hinsichtlich der in § 323 Abs. 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen, insbesondere vor dem Hintergrund eines hierfür aufgrund des Prüfumfanges eventuell erforderlichen Stichprobenverfahrens. Kann die Prüfung der Bestandsbereinigung nicht im Rahmen einer Vollerhebung durchgeführt werden, bedarf es zur inhaltlichen Legitimation und Akzeptanz festgestellter Rückzahlungsbeträge, die zudem einen Aufschlag enthalten, eines mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Hochrechnungsverfahrens.

Zur Bewertung der Regelung des Absatzes 6 wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 13 wird wie folgt geändert:

In § 323 Abs. 1 werden die Wörter „bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]“ gestrichen.

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 begründet wurden, sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten innerhalb von sechs Monaten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraussetzungen nach Satz 1 erst im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 5 sinngemäß anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden“.

In Absatz 3 Satz 1 wird anstelle des „Datums des ersten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats“ der „15. Juni 2019“ eingesetzt; Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit den Prüfungen nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

Nach Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.“

Absatz 6 wird gestrichen.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Mit Artikel 1 Nummer 4 wird die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, wenn der Aufenthaltsort des Mitglieds ab einem bestimmten Zeitpunkt dauerhaft für die Krankenkasse nicht ermittelbar ist und bestimmte weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Für die Durchführung der Mitgliedschaft für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, ergibt sich aus versicherungs- und beitragsrechtlicher Sicht eine identische Problemlage, die mit dem vorliegenden Entwurf jedoch nicht erfasst wird. Es bietet sich daher an, die Vorschriften über die Beendigung der Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen mit den inhaltsgleichen Regelungen zu ergänzen, die nach der neuen Rechtslage für freiwillige Mitglieder gelten sollen.

Die vorgeschlagene Neuregelung sollte am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

B) Begründung

Der Grundsatz der Gleichbehandlung verlangt eine Synchronisierung der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft bei den zwei vorgenannten Personengruppen. Dies dient darüber hinaus einer konsequenten Umsetzung der Intention des Gesetzgebers, dem Zuwachs von Beitragsrückständen wirksam zu begegnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 190 Absatz 13 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Die Mitgliedschaft der in § 5 Absatz 1 Nr. 13 genannten Personen endet

1. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird oder
3. rückwirkend mit Ablauf des Vortages, an dem der Krankenkasse die Aufgabe des bisherigen Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes durch das Mitglied bekannt wurde, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten innerhalb von sechs darauf folgenden Monaten weder den Wohnsitz noch den

gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.“

Änderung des § 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die für versicherungspflichtige Rentenbezieher vorgesehene vollständige Beitragsparität für die nach der Rente zu bemessenden Beiträgen ist für den Personenkreis der freiwillig versicherten Rentenbezieher bei der Bemessung des Zuschusses zur Krankenversicherung nach § 106 Absatz 2 SGB VI in der Weise nachzuvollziehen, dass der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers auch die Hälfte des nach dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz bemessenden Zusatzbeitrags abdeckt.

B) Begründung

In § 249a Satz 1 SGB V ist für versicherungspflichtige Rentenbezieher vorgesehen, dass die nach der Rente bemessenen Beiträge und damit auch der Zusatzbeitrag vom Rentner und Rentenversicherungsträger jeweils zur Hälfte getragen werden. Diese Änderung der Beitragstragung ist auf den Personenkreis der freiwillig krankenversicherten Rentenbezieher wirkungsgleich zu übertragen.

Um eine im Vergleich zu den versicherungspflichtigen Rentenbeziehern abweichende Berechnung des Trägeranteils bzw. Beitragszuschusses zu vermeiden, bietet es sich an, sich an der Formulierung des § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V für den Beitragszuschuss für Beschäftigte zu orientieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 106 Absatz 2 SGB VI wird wie folgt gefasst:

„Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des Betrages geleistet, den der Rentenversicherungsträger entsprechend § 249a Satz 1 SGB V bei Versicherungspflicht des Rentenbeziehers zu tragen hätte.“

Eine entsprechende Anpassung wäre im Übrigen auch hinsichtlich der privat krankenversicherten Rentenbezieher in § 106 Absatz 3 SGB VI vorzusehen.

Als Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung wird der 1. Januar 2019 bestimmt.