

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0753(16)
vom 13.12.04**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

der Spitzenverbände der Krankenkassen

**zum Gesetzentwurf der
Fraktionen SPD und
Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes
zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228**

und dazugehörigen Anträgen

Stand: 10.12.2004

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

Zum Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen sowie zur Stellungnahme des Bundesrates nehmen die Spitzenverbände der Krankenkassen wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Bewertung

1. Das im Namen und in der Begründung des Gesetzes zum Ausdruck gebrachte Ziel, die Wirtschaftlichkeit des Verwaltungsverfahrens in der Sozialversicherung zu stärken, ist aus Sicht der Krankenkassen ausdrücklich zu begrüßen. Einzelne Änderungsanträge berücksichtigen die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit langem geforderten Verwaltungsvereinfachungen und Entlastungen. Leider werden aber auch Maßnahmen vorgesehen, die in weiten Teilen dem Streben nach mehr Wirtschaftlichkeit nicht gerecht werden; in etlichen Punkten stehen die Wirkungen der Neuregelungen sogar eindeutig im Widerspruch zum beabsichtigten Anliegen.
2. Dies gilt in besonderem Maße für die sachlich nicht vertretbaren Eingriffe in das seit einem Jahrzehnt bewährte RSA-Zahlungsverfahren, die zu erheblichen Liquiditätsbelastungen der Krankenkassen führen. Soweit „Finanzengpässe“ in der Rentenversicherung entstehen, haben diese ihre Ursache in der aktuellen Konjunktur- und Einkommensentwicklung und nicht im RSA. In der GKV sind die „Finanzengpässe“ angesichts des Schuldenstandes Ende 2003 von rd. 8 Mrd. € zumindest ebenso akut und gravierend. Mit einer Verschiebung von RSA- bzw. KVdR-Beitragszahlungen würde somit wieder einmal ein Problem der Rentenversicherung auf die GKV verschoben. Die Folge wäre, dass die GKV-Beitragszahler weitere Zinsbelastungen für die Übertragung sachfremder Lasten anderer Sozialversicherungszweige tragen müssen. Die Spitzenverbände bekräftigen daher ihre Forderung, diese Regelung zu streichen.
3. Auch bei etlichen anderen Regelungen sind nicht Ent-, sondern Belastungen der Krankenversicherung bzw. ihrer Beitragszahler zu erwarten. Hervorzuheben sind hierbei insbesondere folgende Detailregelungen:
 - Die vorgeschlagene Neuregelung der Einzugskostenvergütung krankt sowohl daran, dass es an einer neutralen betriebswirtschaftlichen Begründung hinsichtlich der Höhe der Vergütung mangelt, die Absenkung gegenüber dem Status quo nicht mit dem steigenden Aufwand infolge zunehmender Mitgliederbewegungen zusammenpasst sowie ein Inkrafttreten verwaltungstechnisch frühestens ab dem 1. Januar 2006 handhabbar wäre.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

- Personelle Abordnungen der Sozialversicherungsträger an Ministerien und Behörden haben sich in der bisherigen Praxis bewährt; nicht akzeptabel für die entsendenden Organisationen ist jedoch der nunmehr vorgesehene Wegfall der Kostenerstattung, zumal Abordnungen in die umgekehrte Richtung zugunsten der Sozialversicherungsträger in aller Regel nicht stattfinden.
 - Spezielle Reglementierungen zur Personalbedarfsermittlung sind wie jede Spezialreglementierung der Verwaltungskosten überflüssig und unsachgemäß, da die generellen Wirtschaftlichkeitsvorgaben und die Anreize zu effizienter Verwaltung im Wettbewerb bereits effektiv wirken. Maßgeblich im Interesse der Beitragszahler bleibt stets die Gesamtwirtschaftlichkeit und nicht der Anteil der Verwaltungskosten.
 - Arbeitsgemeinschaften und Durchführung der Aufgaben durch Dritte sollen der Flexibilität und effizienten Aufgabendurchführung der Krankenversicherung dienen. Durch eine unsachgemäße Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Kontrolle würden hingegen Verzögerungen und steigender Verwaltungsaufwand bewirkt.
 - Der Verzicht auf ein Lichtbild auf der Gesundheitskarte wäre generell zu begrüßen, insofern sind die Ausnahmen für spezielle Teilgruppen ein Schritt in die richtige Richtung. Abgelehnt werden die Vorgaben zur Weiternutzung der Gesundheitskarte bei Kassenwechsel, da dies keinen zusätzlichen Schutz gegen Missbrauch brächte, allerdings die Kosten erhöhen würde.
 - Die vorgesehene Regelung zum Wegfall des Krankengeldanspruches für die Empfänger von Arbeitslosengeld II wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ausdrücklich unterstützt, allerdings ist es nicht sachgerecht, für diese Versichertengruppe zugleich einen ermäßigten Beitragssatz vorzusehen, da bereits die zu erwartenden Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz für diese Mitgliedergruppe nicht ausgabendeckend sein werden.
 - Die beabsichtigten Änderungen zum Verfahren bei der Weiterleitung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden entschieden abgelehnt. Sie sind in wesentlichen Teilen praxisfremd, greifen massiv in maschinelle Verfahren ein und verursachen erhebliche Verwaltungskosten. Die heutige Praxis gewährleistet eine zügige Weiterleitung.
4. Ausdrücklich begrüßt wird die aus Sicht der Krankenversicherung sachgerechte Verschiebung des Übergangs der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von der Pflege- auf die Krankenversicherung auf den 1. Juli 2007, da erst zu diesem Termin die stationären Pflegeleistungen neu ausgestaltet werden sollen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

**Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 -
und dazugehörigen Anträgen**

B. Stellungnahme zu Einzelregelungen

1. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b - Änderung des § 28a Abs. 3 SGB IV - Kennzeichnung der Meldung bei besonderen Personenkreisen (Familienangehörige und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH)

Mit dieser Änderung wird der zu meldende Personenkreis eingeschränkt, dessen versicherungsrechtliche Beurteilung anschließend im so genannten Clearingstellenverfahren durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zu klären ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die im Gesetzesvorschlag enthaltene und jede weitere Reduzierung der Personenkreise, deren versicherungsrechtliche Beurteilung dem Clearingstellenverfahren unterworfen werden soll. Sie weisen erneut darauf hin, dass es des Clearingstellenverfahrens überhaupt nicht bedürfte, wenn die Bundesagentur für Arbeit generell leistungsrechtlich an die Entscheidungen der Einzugsstellen gebunden würde.

2. Artikel 1 Nr. 10 Buchstaben a und b - Änderung des § 28I SGB IV - Einzugskostenvergütung

Die Vorschrift sieht eine Änderung der gesamten Systematik der Berechnung und Verteilung der Einzugskostenvergütung vor. Diese soll künftig nicht mehr durch Rechtsverordnung vorgegeben, sondern durch die Spitzenverbände der beteiligten Sozialversicherungszweige vereinbart werden. Bis zum Abschluss der Vereinbarung soll die Vergütung auf den Gesamtbetrag von 950 Mio. € festgeschrieben werden.

Die vorgesehene Änderung beruht offensichtlich auf den Ergebnissen des Berichts des Bundesrechnungshofs vom 22.08.2003. Die Spitzenverbände der Krankenkassen schlagen statt dessen vor, Änderungen der Einzugskostenvergütung erst auf der Grundlage eines vorherigen neutralen betriebswirtschaftlichen Gutachtens vorzusehen.

Gleichwohl werden sie an der Umsetzung der vorgeschlagenen Neuregelung auf der Basis des Referentenentwurfs (Stand: 28.06.2004), in der noch eine Vergütungssumme in Höhe von 1 Mrd. € vorgesehen war, konstruktiv mitwirken. Bereits bei diesem Ansatz sind aufgrund des anhaltenden Trends zunehmender Mitgliederbewegungen zwischen den Krankenkassen finanzielle Einbußen für die GKV zu erwarten, die sachlich nicht begründet sind. Deshalb wird der nunmehr vorgesehene weitere Absenkung dieser Vergütungssumme auf 950 Mio. € deutlich widersprochen. Sie würde zu erneuten unververtretbaren Verschiebungen von Lasten zwischen den Versicherungszweigen führen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten eine Überprüfung und Anpassung der Vergütung auf Basis eines unabhängigen betriebswirtschaftlichen Gutachtens für erforderlich.

Das Instrument, die Einzugsvergütung bei nicht ordnungsgemäßer Erfüllung der Aufgaben durch die Einzugsstelle um bis zu 50 % zu kürzen, ist überzogen. Die Einzugsstellen erfüllen ihre Aufgaben grundsätzlich ordnungsgemäß. Sollte im Einzelfall eine Einzugsstelle tatsächlich ihren Aufgaben nicht ordnungsgemäß nachkommen, reichen die jetzigen Sanktionen nach § 28r SGB IV völlig aus.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

Die vorgesehene Regelung sollte nicht vor dem 01.01.2006 in Kraft treten. Ein rückwirkendes Inkrafttreten zum 01.01.2005 würde die rechtzeitige Verteilung der Abschlagszahlungen auf der Basis der Ergebnisse des Jahres 2004 beeinträchtigen, da die hierfür notwendigen Daten frühestens zur Jahresmitte 2005 vorliegen. Für die rechtzeitige Bewältigung der finanztechnischen Umstellungen wäre deshalb auch ein Inkrafttreten der beabsichtigten Neuregelung zum 01.07.2005 zu früh.

3. Artikel 1 Nr. 13 - Ergänzung des § 30 um einen neuen Abs. 3 SGB IV - Eigene und übertragene Aufgaben der Sozialversicherungsträger

Mit der Änderung dieser Vorschrift wird geregelt, dass Sozialversicherungsträger auch dann eigene Aufgaben wahrnehmen, wenn sie die zuständigen Behörden in Fragen der Rechtsetzung und Rechtsanwendung unterstützen.

Bei den Abordnungen zur personellen Unterstützung der zuständigen Ministerien und Behörden handelt es sich um eine seit Jahren geübte Praxis, die bereits durch das geltende Recht abgedeckt ist. Es soll nun eine ausdrückliche gesetzliche Festschreibung erfolgen. Für die Sozialversicherungsträger ergibt sich das Problem, dass in einer bereits generell angespannten Personalsituation Fachleute abgeordnet werden müssen, die selbst dringend gebraucht werden. Zudem ist es recht wahrscheinlich, dass dies gerade in Zeiten der Fall ist, in denen der Sozialversicherungsträger in besonderer Weise selbst auf seine Fachleute angewiesen ist. Das würde aller Voraussicht nach, je nach dem wie die Behörden den in der Neuregelung recht offen gelassenen Bedarf im Einzelfall definieren, den dauerhaften zusätzlichen Aufbau einer Personalreserve von Fachleuten erforderlich machen, eine in Zeiten der gedeckelten Verwaltungskosten zumindest widersprüchliche Zumutung.

Die im ursprünglichen Gesetzentwurf (Kabinettsvorlage vom 27.08.2004) vorgesehene Kostenerstattungsmöglichkeit soll nach der gemäß der Stellungnahme des Bundesrates beschlossenen Änderung des neu einzufügenden Abs. 3 durch die Streichung des Satzes 2 dahingehend geändert werden, dass eine Erstattung der Kosten für das abgeordnete Personal durch die zuständigen Ministerien und Behörden generell nicht mehr erfolgen soll. Auf diese Weise können die zuständigen Behörden und Ministerien ihre Personalkosten zu Lasten der Verwaltungskosten der Sozialversicherungsträger verringern und auf die Beitragszahler abwälzen.

Die Begründung des Bundesrates, dass die Sozialversicherungsträger mit der Abordnung von Bediensteten zur praxisgerechten Umsetzung gesetzlicher Zielsetzungen beitragen und somit die Interessen ihrer Versicherten wahrnehmen, rechtfertigt nicht die Einstellung einer Kostenerstattung an die Sozialversicherungsträger. Generell ist es die Aufgabe der Behörden und Ministerien, diese Tätigkeiten selbst zu erfüllen. Soweit Personal von den Sozialversicherungsträgern eingesetzt wird, ist es für die Dauer der Abordnung nicht mehr für den abgebenden Sozialversicherungsträger tätig. Eine Personalkostenerstattung ist daher erforderlich, zumal in der Praxis zusätzliche Personalkosten (Aushilfen, Überstunden) entstehen können. Damit würden letztlich die Versicherten ungerechtfertigt mit Kosten gesetzgeberischer Aufgaben belastet. Aus diesen Gründen lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen die beabsichtigte Änderung ab.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

4. Artikel 1 Nr. 15 - Ergänzung des § 69 SGB IV - Ausgleich, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Kosten- und Leistungsrechnung, Personalbedarfsermittlung

Mit der Ergänzung der Rechtsvorschrift um den Absatz 5 wird den Sozialversicherungsträgern vorgeschrieben, dass sie nur Planstellen und Stellen ausbringen dürfen, wenn sie dies unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalermittlung begründen. Ferner ist die Erforderlichkeit der ausgebrachten Planstellen und Stellen im Haushalt regelmäßig und anlassbezogen zu überprüfen.

Aufgrund des § 4 Abs. 4 SGB V sind die Krankenkassen hinsichtlich der Verwaltungskosten, zu denen auch die Personalkosten gehören, bereits ohnehin an enge Grenzen bei ihrer Personalbemessung unter Kostenaspekten gebunden. Eine Personalbedarfsermittlung nach der in dem neuen § 69 Abs. 5 SGB IV angedeuteten Weise kann hier im Verhältnis zu der allgemein gehaltenen Regelung des § 4 Abs. 4 SGB V zu erheblichen Widersprüchen führen.

Die vorgesehene Regelung bietet darüber hinaus erhebliches Konfliktpotential bei einer Prüfung der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörden insbesondere hinsichtlich der Frage, ob die Krankenkasse im jeweiligen Einzelfall eine „anerkannte Methode zur Personalbedarfsermittlung“ anwendet oder nicht. Hierbei ist zu bedenken, dass es bezogen auf den Dienstleistungssektor, insbesondere in seiner Ausgestaltung in Hinsicht auf die gesetzlichen Krankenkassen keine generell anerkannten Personalbedarfsermittlungsstandards gibt. Insofern ist hier die Situation eine andere als im produzierenden Gewerbe, und selbst bei Letzterem sind die bekannten Methoden der Personalbedarfsermittlung in der wissenschaftlichen Diskussion umstritten. Es stellt sich somit die Frage, wer darüber befinden soll, ob es sich um eine „anerkannte Methode“ handelt oder nicht. Teilweise kann und wird es auch so sein, dass der Personalbedarf für unterschiedliche Bereiche eines Unternehmens unterschiedlich ermittelt wird (z.B. in einem Bereich mehr unter quantitativen und in einem anderen Bereich mehr unter qualitativen Aspekten).

Nach Auffassung der Spitzenverbände ist auch auf den Zusammenhang mit der vorgesehenen Neuregelung in § 30 Abs. 3 SGB IV hinzuweisen. Die dort ausdrücklich angesprochenen Personalbedarfe lassen sich mit traditionellen Personalbedarfsermittlungsinstrumenten kaum abschätzen und abbilden. Insofern stehen beide Regelungen in einem offensichtlichen Spannungsverhältnis.

Weiterhin ist zu beachten, dass die Ermittlung des Personalbedarfs eine zentrale unternehmenspolitische Entscheidung ist, in der die Krankenkassen unter Bedingungen des Wettbewerbs zur Verwirklichung der gesetzlichen Ziele weiterhin selbständig entscheiden sollten.

Aus diesen Gründen wird die Änderung unsererseits für nicht zielführend erachtet und vorgeschlagen, sie ersatzlos zu streichen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

5. Artikel 1 Nr. 17 in Verbindung mit Artikel 9 Nr. 2 und 3 - Ergänzung des § 85 SGB IV - Genehmigungsbedürftige Vermögensanlagen - sowie §§ 94 und 97 SGB X - Arbeitsgemeins- schaften und Durchführung der Aufgaben durch Dritte

Die GKV-Spitzenverbände halten die Neuregelungen in § 85 SGB IV und §§ 94, 97 SGB X für nicht erforderlich. Die derzeitige Rechtslage ist – auch im Hinblick auf den mit den Neuregelungen verfolgten Zweck – ausreichend.

I. Kein praktisches Bedürfnis für eine Ausweitung der Aufsicht

Die Anforderungen an die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände zu einer effektiven und wirtschaftlichen Leistungserbringung nehmen permanent zu. Dies gilt nicht nur bei der unmittelbaren Erfüllung gesetzlicher Aufgaben, sondern auch bei unterstützenden Tätigkeiten, wie insbesondere dem Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung und im Bereich der Kommunikation, einschließlich Aufklärung und Beratung. In einigen Bereichen hat sich gezeigt, dass die einzelnen Kassen und auch ihre Verbände den extrem hohen Anforderungen allein mit Eigenmitteln nicht entsprechen können. Die Aufsichtsbehörden hatten in der Vergangenheit deshalb keine grundsätzlichen Einwände, dass die Krankenkassen und ihre Verbände nach Effizienzkriterien wichtige unterstützende Tätigkeitsfelder von Arbeitsgemeinschaften oder privaten Dritten wahrnehmen lassen und ggf. diese Tätigkeiten in Form von privaten Einrichtungen erbringen, an denen sie auch selbst beteiligt sein können.

Mit den gestiegenen Anforderungen steigen auch die Herausforderungen an die Aufsichtsbehörden. Bereits in der Vergangenheit wurde mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass eine finanzielle oder personelle Stärkung der Aufsichtsbehörden demgegenüber nicht zu erwarten steht. Umso unverständlicher ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen die jetzige Initiative, mit den vorgeschlagenen Änderungen des § 85 SGB IV und der §§ 94 und 97 SGB X die aufsichtsrechtlichen Regelungen zu verdichten und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand deutlich zu erhöhen. Folglich steht zu erwarten, dass die auf eigene Veranlassung der Aufsichtsbehörden ausgeweiteten Anzeige- und Genehmigungsverfahren nur unter einer sehr viel höheren Arbeitsbelastung oder deutlichen zeitlichen Verzögerung abgeschlossen werden. Die Krankenkassen müssen Entscheidungen schnell, flexibel und selbstverantwortlich treffen können. Eine umfassendere Prüfung der Aufsichtsbehörden, als sie bereits jetzt schon besteht, wirkt dabei hindernd und unwirtschaftlich. Die Initiative steht im übrigen auch in deutlichem Widerspruch zu den jüngsten Deregulierungsbemühungen des Bundesgesetzgebers und der Aufforderung an die Sozialversicherungspartner, eine aktive und Impuls gebende Rolle bei der Einbindung privatwirtschaftlicher Kräfte in soziale Aufgabenbereich zu übernehmen.

Die Infolge einer Umsetzung zu erwartende Rechtsunsicherheit, Bürokratisierung und Ineffizienz steht also in einem deutlichen Widerspruch zu der eingangs beschriebenen Aufgabendynamik innerhalb der GKV. Sog. „Public-Private-Partnerships“ dürften zukünftig deutliche Hemmnisse erfahren, da die – inhaltlichen und umfänglich ungewissen – Publikations- und Auskunftspflichten (vgl. § 97 SGB X-Änderungsentwurf) bei privaten Dritten auf keinerlei Akzeptanz treffen werden.

II. Rechtliche Defizite des Gesetzentwurfs

Auch rechtssystematisch vermag der Gesetzentwurf nicht zu überzeugen. So beinhaltet z. B. die Formulierung „von einem Dritten Aufgaben wahrnehmen lassen“ (§ 97 Abs. 1 SGB X-

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

Gesetzentwurf) keine klare Abgrenzung zwischen fiskalischen Vertragsgeschäften und einem Outsourcing von Aufgabenbereichen.

Bereits in der Vergangenheit haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen kritisch zu den einzelnen Formulierungsvorschlägen geäußert. Diese Kritik wird aufrecht erhalten und wie folgt ergänzt:

1) Drohendes Umschlagen der Rechts- zur Fachaufsicht

Die Spitzenverbände haben die Befürchtung geäußert, dass die Gesetzesänderung eine Aufgabenkreiserweiterung der Rechtsaufsicht in Richtung einer Fachaufsicht nach sich ziehe. Anlass dazu besteht weiterhin deswegen, weil mit der Ergänzung des § 85 SGB IV erweiterte aufsichtsbehördliche Maßnahmen außerhalb der Vorschriften zur Rechtsaufsicht (§§ 87 ff SGB IV) installiert werden sollen. Eine dahintergehende Kritik am Gesetzentwurf kann auch nicht durch den Begründungstext zerstreut werden. Das BMGS hatte in der Anhörung vom 8.10.2003 eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung zugesagt. Die daraufhin vorgenommene Ergänzung der Gesetzesbegründung zu § 85 Abs. 5 IV-Änderungsentwurf um den Satz „Eine Ausweitung der staatlichen Mitwirkung ist damit nicht verbunden“ trägt zwar der systematischen Stellung des § 85 SGB V im Gesetz Rechnung, jedoch nicht der inhaltlichen Kritik.

2) Eingriff in den ausgeübten Gewerbebetrieb/mittelbare Beteiligung

Auf die Auskunftspflicht des § 97 Abs. 1 Satz 2 SGB IV-Gesetzentwurf wurde bereits hingewiesen. Diese Vorschrift verpflichtet die Sozialversicherungsträger und ihre Verbände, privaten Dritte vertragsrechtlich die Verpflichtung aufzuerlegen, auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen bzw. Auskünfte zu erteilen, die nach Ansicht der Aufsichtsbehörden zur Ausübung des Aufsichtsrechts erforderlich sind. Diese Neuregelung wird auf massive Ablehnung privatwirtschaftlicher Unternehmen stoßen, sofern Krankenkassen oder ihre Verbände derart unbestimmte Transparenzklauseln in zivilrechtlichen Vertragsverhältnissen verwenden. Jüngst noch haben die Verfassungsbeschwerde der *Deutschen Telekom AG* wie auch der Widerstand des Maut-Betreibers *Toll Collect* gezeigt, wie sensibel private Unternehmen auf Offenlegungen von betrieblichen und vertraglichen Interna reagieren.

Von Seiten des BMGS selbst wurde vor dem Hintergrund die verfassungsrechtliche Vereinbarkeit von aufsichtsrechtlichen Durchgriffen auf private Dritte unter dem Gesichtspunkt des Art. 12 GG in Frage gestellt. Die nun gewählte Durchgriffsverlängerung über eine zivilrechtliche Obligation der Sozialversicherungsträger kann diesen Durchgriff in verfassungsrechtlicher Hinsicht nicht auf ein zulässiges Maß verdünnen. Im Übrigen steht zu erwarten, dass die Verwendung derartiger Vertragsklauseln einer zivilrechtlichen Wirksamkeitsprüfung – z. B. nach dem Recht der allgemeinen Geschäftsbedingungen, §§ 305 ff BGB – nicht Stand halten wird.

Die Problematik dürfte sich zuspitzen, sofern sich der Aufsichtsdurchgriff aufgrund mittelbarer Beteiligungen der Sozialversicherungsträger über mehrere Rechtspersonen hinweg verlängert. Das Gesetz sieht hierzu kein Korrektiv vor.

3) Unzureichende Berücksichtigung vergaberechtlicher Implikationen

Zahlreiche dem Gesetzentwurf unterliegende Rechtsverhältnisse fallen in den Anwendungsbereich des förmlichen Vergaberechts. Bereits nach bestehender Rechtslage ist das Verhältnis der bestehenden Anzeige- und Genehmigungspflichten zum Vergaberecht weder zeitlich noch materiell-rechtlich abschließend geklärt. Die beabsichtigte Neuregelung erweitert diese

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

Rechtsunsicherheit; nicht zuletzt weil die Begründung eines Public-Private-Partnership neben dem förmlichen Vergaberecht nun ebenfalls der generellen Anzeigepflicht unterliegt.

III. Fazit

Mit dem Gesetzentwurf wird offensichtlich auf eine Initiative einzelner Landesaufsichten reagiert. Bereits bei Initiativen in der Vergangenheit (zuletzt im Juni 2003) wurde deutlich, dass die Notwendigkeit der geplanten Neuregelung nicht ungeteilt von allen Landesaufsichten gesehen wird. So wurde aus dem Kreis der Landesaufsichten die Auffassung vertreten, dass die bestehenden Aufsichtsinstrumente hinreichend seien, und zwar nicht nur wenn die Beteiligten dem Leitbild der kooperativen Interaktion folgen. Die von einigen Aufsichten kritisierten Informationsdefizite seien auf Kommunikationsbrüche zurückzuführen, die eher durch eine sachgerechte Anwendung der bestehenden Aufsichtsmechanismen überwunden werden könnten als durch eine Ausweitung aufsichtsrechtlicher Kontrollvorschriften. Die GKV-Spitzenverbände schließen sich diesem Votum aus dem Kreise der Landesaufsicht uneingeschränkt an. Die GKV-Spitzenverbände lehnen die vorgesehenen Neuregelungen aus den o.g. Gründen als überflüssig und die Verwaltungspraxis behindernd statt vereinfachend ab.

6. Artikel 4 Nr. 11 - Ergänzung des § 231 Abs. 2 SGB V - Erstattung des Beitragsanteils des Rentenversicherungsträgers

Mit dieser Änderung soll nicht nur der versicherte Rentner, sondern auch der Rentenversicherungsträger die Krankenversicherungsbeiträge erstattet bekommen, die aus einem Betrag oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung entrichtet wurden.

Die Regelung des § 231 SGB V ist entwicklungshistorisch zu beurteilen: Ziel war, dass ein Versicherter keine Beiträge von einem Betrag oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung entrichten sollte. Im Zusammenhang mit der Beteiligung der Rentner an den Beiträgen zur Krankenversicherung wurde seinerzeit allerdings festgelegt, dass die Zahlungen der Rentenversicherungsträger an die Krankenkassen nicht gemindert werden sollen. Den gesetzlichen Krankenkassen sollten keine finanziellen Mittel entzogen werden. Dieser für die GKV finanziell nachteilige Effekt wird jedoch durch die beabsichtigte Neuregelung nunmehr erreicht. Eine Regelung, die ausschließlich einen Versicherungszweig zu Lasten anderer entlastet, ist weder sachgerecht noch führt sie zu mehr Wirtschaftlichkeit. Sie wird daher von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt.

7. Artikel 4 Nr. 14 - Änderung des § 255 Abs. 3a Satz 3 SGB V - in Verbindung mit Artikel 24 Nr. 2 - Änderung des § 17 RSAV

Mit dieser Neuregelung wird ermöglicht, Zahlungs- bzw. Verrechnungstermine im monatlichen Risikostrukturausgleich in Monaten, in denen bei der BfA Liquiditätsprobleme zu erwarten sind, durch BVA-Bestimmung vom 8. auf den 18. eines Monats zu verschieben.

Die Regelung wird abgelehnt. Sie führt zur Verschiebung von Einnahmeproblemen in die Krankenversicherung, die in der Rentenversicherung konjunktur- und arbeitsmarktbedingt entste-

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

hen. Ein sachlicher Zusammenhang zwischen dem Liquiditätsproblem der Rentenversicherung und dem Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht. Deshalb ist die Verschiebung dieser Problematik in die GKV nicht nur unwirtschaftlich, sondern auch ordnungspolitisch und rechtssystematisch nicht vertretbar.

Die finanzielle Abwicklung des Risikostrukturausgleichs wurde mit der RSAV von 1993 an die BfA übertragen, um auf diese Weise Zahlungen im Risikostrukturausgleich in die ohnehin zwischen den Krankenkassen und der BfA bestehenden Zahlungsströme einzubinden. Vorbild hierfür war der vorherige KVdR-Finanzausgleich. Hierbei erfolgt ein großer Teil der Zahlungen durch Verrechnung, was wirtschaftlich und praktikabel ist. Dieses Verfahren hat sich somit seit einem Jahrzehnt bewährt. Für eine Änderung einzelner Zahlungstermine besteht aus GKV-Sicht kein Anlass. Vielmehr führen derartige Änderungen zu erheblichen Liquiditätsproblemen der betroffenen Krankenkassen. Außerdem führen sie innerhalb der GKV zu unterschiedlichen Betroffenheiten.

Grundsätzlich stehen allen Krankenkassen, unabhängig vom Risikostrukturausgleich, die Beiträge aus Renten zum 1. eines Monats zu. Im Gegenzug müssen die Krankenkassen die bei ihnen eingegangenen Gesamtsozialversicherungsbeiträge arbeitstäglich u.a. an die BfA weiterleiten. Mit der Einbindung des Risikostrukturausgleichs in diese Zahlungsströme zwischen den Krankenkassen und der BfA hat sich der Zeitablauf der Zahlungsströme etwas verändert. So verrechnen Krankenkassen, die im Risikostrukturausgleich Zahlungsverpflichtungen haben, diese mit den ihnen zustehenden Beiträgen aus Renten. Überschreiten die RSA-Verpflichtungen diese Beiträge aus Renten, so zahlt die Krankenkasse den Saldo zum 15. eines Monats an die BfA. Die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge erfolgt entsprechend dem Eingang bei der Krankenkasse arbeitstäglich. Sind die Beiträge aus Renten höher als die Zahlungsverpflichtung im Risikostrukturausgleich - das gilt regelmäßig für Krankenkassen mit RSA-Anspruch - so verrechnet die Krankenkasse diese mit den an die BfA zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträgen.

Von einer Verschiebung des Zahlungstermins für die Beiträge aus Renten auf den 18. eines Monats sind Krankenkassen, die im Risikostrukturausgleich Zahlungsverpflichtungen haben, nicht betroffen. Betroffen sind ausschließlich Krankenkassen, die im Risikostrukturausgleich anspruchsberechtigt sind. Die Neuregelungen bewirken, dass Krankenkassen, die aus dem RSA Zahlungen erhalten, nicht nur die Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich, sondern auch die Beiträge aus Renten, die ihnen eigentlich bereits zum 1. eines Monats zustehen, 10 Tage später erhalten werden als bisher.

Dies führt zu massiven Liquiditätsproblemen bei den betroffenen Krankenkassen, die angesichts der ohnehin aktuell angespannten Finanzsituation in der Regel nur mit Kassenverstärkungskrediten überbrückt werden können. Dies wiederum führt zu höheren Zinslasten, die von den Beitragszahlern der betroffenen Krankenkassen zu tragen sind.

Der Stellungnahme des Bundesrates folgend sind deshalb Artikel 4 Nr. 14 und Artikel 24 Nr. 2 zu streichen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

8. Artikel 4 Nr. 17 - Änderung des § 291 SGB V - Krankenversichertenkarte

Zu Buchstabe a):

Die Vorbehalte der Krankenkassen gegen die Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einem Lichtbild hinsichtlich der Kosten und des Nutzen bestehen weiterhin. Aufgrund der bereits bei früheren Gesetzgebungsverfahren angeführten Probleme bzgl. des Aufbringens eines Lichtbildes auf die elektronische Gesundheitskarte, insbesondere bei Minderjährigen und Personen, denen eine Mitwirkung bei der Erstellung nicht möglich ist, kommt eine Einschränkung des Personenkreises, der mit einer Gesundheitskarte mit Lichtbild ausgestattet werden muss, der bisherigen Forderung und zu erwartenden Praxis entgegen.

Zu Buchstabe b):

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte, die bei Kassenwechsel weiter genutzt werden kann, trägt aus verschiedenen Gründen nicht zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Optimierung der Verfahrensabläufe bei. Die Formulierung im Verwaltungsvereinfachungsgesetz suggeriert eine solche Wirkung.

Die Weiternutzung der Karte würde es erforderlich machen, die auf der Karte sichtbare Informationen technisch so aufzubringen, dass sie bei einem Kassenwechsel entfernt und wieder aufgebracht werden können. Dies wirkt sich nachteilig auf Haltbarkeit und Lesbarkeit der Karten aus, so dass von einer positiven Kostenwirkung nicht auszugehen ist. Hinzu käme ein erheblicher Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen in Form von Aufforderungs- und Mahnverfahren zur Rückgabe der Karte.

Zieht eine Krankenkasse die Karte nach § 291 Abs. 4 SGB V ein, so ist es für die Krankenkasse nicht möglich, die Weiternutzung der Daten nach § 291 a Abs. 3 Satz SGB V durch den Versicherten zu ermöglichen. Es handelt sich hierbei insbesondere um Notfalldaten, deren Kenntnis und Vorhaltung durch die Kassen nicht möglich und aus datenschutzrechtlichen Gründen auch nicht erwünscht ist. Aus diesem Grund läuft eine Regelung, die verlangt, dass die Krankenkassen die Weiternutzung der Daten ermöglichen müssen, ins Leere.

Grundsätzlich ist das Einziehen der Karte entsprechend § 291 a Abs. 4 SGB V nicht erforderlich, da die missbräuchliche Verwendung einer nicht mehr gültigen Karte durch die servergestützte Funktionalität "Versichertenstammdatenmanagement" zu verhindern ist. Bei Beendigung des Versichertenschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel kann die bisherige Krankenkasse die alte Karte sperren, die neue Krankenkasse stellt eine neue Karte aus. Die weitere Verwendung der alten Karte wird dadurch unmöglich.

Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Optimierung der Verfahrensabläufe sollte daher § 291 Abs. 4 SGB V gestrichen und damit auf Artikel 4 Nr. 17 Buchst. b des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes verzichtet werden.

9. Artikel 16 Nr. 3 - Änderung der Beitragsüberwachungsverordnung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen im Zusammenhang mit der Abschaffung von Vordrucken und den Einsatz der Datenfernübertragung, die allerdings bei Arbeitgebern zu teil-

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 -
und dazugehörigen Anträgen**

weise unnötigem bürokratischen Aufwand führen. Deshalb sollte in Artikel 16 Nr. 3 Buchst. b) wie folgt gefasst werden: „Die Absätze 4 und 5 werden aufgehoben“.

§ 4 Abs. 4 der Beitragsüberwachungsverordnung verpflichtet die Arbeitgeber bei Beitragskorrekturen für zurückliegende Kalenderjahre einen so genannten Korrektur-Beitragsnachweis einzureichen. Diese Vorschrift ist auf den bis zum Jahre 2002 nach § 28k Abs. 2 SGB IV vorgeschriebenen Abgleich der vom Arbeitgeber erstatteten Meldungen mit den nachgewiesenen Beiträgen (so genannter Summenabgleich) zurückzuführen. Da § 28k Abs. 2 SGB IV durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 ersatzlos gestrichen wurde, macht der gesonderte Nachweis von Beiträgen für zurückliegende Kalenderjahre keinen Sinn mehr. Eine Streichung des Absatzes 4 würde daher die Arbeitgeber von unnötigen bürokratischen Aufgaben entlasten.

Im einzelnen zu den Änderungsanträgen der Fraktion der SPD und Bündnis 90/Die Grünen:

1. Änderungsantrag 1

**Artikel 2a Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Fortgeltung des
ALG II-Anspruchs bei Arbeitsunfähigkeit
sowie**

Änderungsantrag 4

**Artikel 4 Nr. 1a Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Ausschluss des Krankengeldanspruchs bei Fortgeltung des ALG II-Anspruchs
sowie**

Änderungsantrag 5

**Artikel 4 Nr. 2a Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Folgeänderungen
sowie**

Änderungsantrag 6

**Artikel 4 Nr. 3 Buchstabe c - Folgeänderungen
sowie**

Änderungsantrag 10

**Artikel 4 Nr. 12a - Folgeänderung
sowie**

Änderungsantrag 23

Inkrafttreten

Die mit den o.g. Änderungsanträgen beabsichtigte dauerhafte Zahlung von Arbeitslosengeld II während einer Arbeitsunfähigkeit der SGB II-Leistungsbezieher und die gleichzeitige Streichung des Krankengeldanspruchs für diesen Personenkreis entspricht einem Anliegen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung. Entsprechende Forderungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt und zum Kommunalen Optionsgesetz erhoben. Die jetzigen Änderungen werden deshalb unterstützt.

Nicht sachgerecht ist jedoch die vorgesehene Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes für die Bezieher des Arbeitslosengeldes II (Änderungsantrag 10). Diese Mitgliedergruppe zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Beitragseinnahmen bereits aus dem allgemeinen Beitragssatz

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 -
und dazugehörigen Anträgen**

nicht ausgabendeckend sind und eine weitere Absenkung der Beitragseinnahmen über einen dann steigenden allgemeinen Beitragssatz zu einer nicht gerechtfertigten Mehrbelastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber führen würde. Im Falle der Bezieher von Arbeitslosengeld II sind die Beitragsmindereinnahmen höher als die eingesparten Aufwendungen für Krankengeld, da die Differenz zwischen dem durchschnittlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz der GKV größer ist als die ersparten Aufwendungen.

Als Folgeänderung zur Änderung des § 44 SGB V in Artikel 4 Nr. 1a sind auch die Regelungen des § 166 Abs. 1 Nr. 2a und 2b SGB VI zu bereinigen, dort sollte jeweils die Angabe „Krankengeld“ gestrichen werden.

2. Änderungsantrag 8

**Artikel 6 a, Änderung § 140 Abs. 1 SGB V –
Anpassung von Eigeneinrichtungen an den ambulanten Versorgungsbedarf**

Mit dieser Änderung sollen Eigeneinrichtungen von Krankenkassen an den Versorgungsbedarf unter Beachtung der Landeskrankenhausplanung und der Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich angepasst werden.

Da es in der Versorgungspraxis keinen Handlungsbedarf für eine solche Anpassung gibt, kann auf diese Änderung verzichtet werden.

Die Bundesknappschaft trägt diese Detailbewertung der gemeinsamen Stellungnahme nicht mit.

3. Änderungsantrag 17

Artikel 9a Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Nummer 2: Änderung §§ 41 bis 43, 43 b – Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege - sowie Nummer 3: Änderung § 44 – Meldungen für Pflegepersonen

Zu Nummer 2:

Mit dieser Änderung wird die Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen erst ab 1. Juli 2007, statt zum 1. Januar 2005 auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen.

Da die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen einen nicht unwesentlichen Teil des Leistungsgeschehen bei stationärer Pflege darstellen, ist es sachgerecht, die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege zeitgleich mit der endgültigen Ausgestaltung der stationären Pflegeleistung zu regeln.

Im übrigen würde die Übertragung (und wird dann auch ab 1. Juli 2007) zu einer hohen (beitragssatzrelevanten) Mehrbelastung der GKV führen. Eine Verschiebung wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Eine finanzielle Belastung der GKV durch Übernahme der Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege bedeutet allerdings auch im Jahr 2007 eine Verminderung der Beitragssatzsenkungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

Zu Nummer 3:

Die Änderung des § 44 SGB XI geht über das eigentliche Regelungsziel, die Beihilfefestsetzungsstellen zeitnah über den Beginn der Versicherungs- und Beitragspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in Kenntnis zu setzen, hinaus und sollte daher im Interesse der Pflegekassen korrigiert werden. Konkret angesprochen sind vor allem zwei Regelungsinhalte, die viel zu weitgehend oder im Regelfall nicht durchführbar sind.

Das betrifft die Übersendung der kompletten Meldung nach § 44 Abs. 3 SGB XI, d. h. unter Berücksichtigung aller meldepflichtigen Tatbestände. Aus Sicht der GKV-Spitzenverbände sollten nur die Angaben in das Mitteilungsverfahren einbezogen werden, die für die Aufnahme der Beitragszahlung durch die Beihilfefestsetzungsstelle wirklich erforderlich sind. Auf einen ständigen Melde- und Informationsaustausch sollte verzichtet werden.

Korrekturbedürftig ist auch die Frist für die erstmalige Mitteilung über den Beginn der Versicherungs- und Beitragspflicht an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe. Es wird offenbar übersehen, dass zwei Wochen nach der Leistungsbewilligung die Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson noch gar nicht in der für Zwecke der Aufnahme der Beitragszahlung erforderlichen Art festgestellt ist.

Nicht nachvollziehbar ist im Übrigen, warum der Inhalt der neuen Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle der Pflegeperson bekannt gegeben werden muss. Die Pflegeperson erhält am Jahresende oder bei Ende der versicherungspflichtigen Pflegeetätigkeit ohnehin eine Durchschrift der Entgeltmeldung an den Rentenversicherungsträger.

Die Einrichtung des neuen Mitteilungsverfahrens bedarf ferner einer gewissen Vorlaufzeit bei den Pflegekassen. Es sollte daher erst drei Monate nach Ablauf des Monats der Verkündung in Kraft gesetzt werden und nur für die Fälle gelten, in denen die Versicherungs- und Beitragspflicht erstmalig nach diesem In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt beginnt.

Für die notwendige Änderung wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„(5) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat und für den die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c des Sechsten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Mitteilung nach dieser Vorschrift zu erfragen und dieser Stelle bei Feststellung der Beitragspflicht nach dem *<Datum einsetzen: drei Monate nach Ablauf des Monats der Verkündung des Gesetzes>* die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 8 genannten Angaben sowie den Beginn der Beitragspflicht mitzuteilen.“

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 - und dazugehörigen Anträgen

4. Änderungsantrag 19

Artikel 15 Änderung der Beitragszahlungsverordnung - Nummer 2: Änderung § 5 – Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Die angestrebten Änderungen zur Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge an die Fremdversicherungsträger werden wegen der negativen Auswirkungen auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen abgelehnt. Zudem sind sie praxisfremd oder nicht durchführbar.

Nach heutiger Praxis werden in den Einzugsstellen alle durch elektronischen Kontoauszug angezeigten Zahlungseingänge noch am gleichen Tag verarbeitet, die Zahlungsdatei über Nacht erzeugt und die Beiträge am Folgetag weitergeleitet. Diese Praxis gilt heute als taggleiche Weiterleitung. Die Fremdversicherungsträger erhalten hierbei einen Zinsausgleich für 1,4 Tage (für Zinseinnahmen der Einzugsstellen an 7 Tagen, bezogen auf 5 Werktage). Dadurch entstehen ihnen keine finanziellen Nachteile. Die beabsichtigte Änderung des heutigen Verfahrens bedeutet hingegen für die Einzugsstellen einen erhöhten bürokratischen Aufwand, birgt finanzielle Risiken und ist ohne freiwillige Mitwirkung der Geldinstitute nicht realisierbar.

Durch die Änderung sollen die Einzugsstellen dazu verpflichtet werden, die vertraglichen Beziehungen mit ihrem Geldinstitut so zu gestalten, dass die Beiträge dem Konto der Einzugsstelle an dem Tag gutgeschrieben werden, an dem sie dem Geldinstitut gutgeschrieben wurden. Die Beitragszahlungsverordnung kann die Geldinstitute jedoch nicht dazu verpflichten, ihre Wertstellungspraxis zu ändern. Bei der Auswahl eines Geldinstitutes nach dem Kriterium der Wertstellungspraxis können wirtschaftlich bedeutsame Vorteile der Zusammenarbeit mit einem anderen Geldinstitut verloren gehen.

Die Verpflichtung der Einzugsstelle, die Beiträge an die Fremdversicherungsträger noch am Tag der Gutschrift auf ihrem Konto weiterzuleiten, ist nicht umsetzbar und zudem unwirtschaftlich. Ein elektronischer Kontoauszug wird nach heutiger Praxis vom Geldinstitut erst am Folgetag einer Gutschrift erstellt. Eine Vorabauskunft des Geldinstituts ist nicht rechtsverbindlich, so dass die Einzugsstelle Valutaschäden nur vermeiden kann, indem sie die Beiträge erst nach Vorliegen des elektronischen Kontoauszugs weiterleitet. Eine Weiterleitung der Beiträge unmittelbar nach Erhalt des elektronischen Kontoauszugs würde bedeuten, dass Zahlungseingänge, die bezüglich des betreffenden Fremdversicherungsträgers unklar sind, nicht am selben Tag weitergeleitet werden können, und dass die Massendatenverarbeitung zur Erzeugung der Zahlungsdatei in den Geschäftsstunden (heute: Verarbeitung über Nacht) stattfinden muss. Dies würde eine Nebenbuchhaltung für den Nachlauf der ungeklärten Fälle sowie zusätzliche Rechnerkapazitäten erforderlich machen, und damit die Verwaltungskosten erhöhen. Dem steht kein finanzieller Vorteil für die Fremdversicherungsträger gegenüber, da der Zinsausgleich bei früherer Weiterleitung entfällt.

Weitergehende Vorschläge zur Ergänzung des Gesetzentwurfs

Wir schlagen vor, folgende Änderung, die insbesondere der Rechtsklarheit und damit auch der Vereinfachung von Verwaltungsverfahren dient, in den Gesetzentwurf aufzunehmen:

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz) - BT-Drucksache 15/4228 -
und dazugehörigen Anträgen**

Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Aufgrund der Urteile des Bundessozialgerichts vom 16.12.2003 (AZ: B 12 KR 20/01 R und B 12 KR 25/03 R) ergibt sich für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung eine unterschiedliche Beitragsbemessungsgrundlage in der Kranken- und Pflegeversicherung, wenn diese Personen eine versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben.

Bei der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage nach § 240 SGB V darf nach den vorgeannten Urteilen des Bundessozialgerichts das Arbeitsentgelt aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nicht berücksichtigt werden, weil der Arbeitgeber aus dem Arbeitsentgelt bereits Pauschalbeiträge in Höhe von 11 % zur Krankenversicherung (an die Bundesknappschaft) zu entrichten hat (der Arbeitnehmer ist an der Beitragsaufbringung nicht beteiligt). In der Pflegeversicherung ist das Arbeitsentgelt aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung allerdings als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen, da zu diesem Versicherungszweig aus der geringfügig entlohnten Beschäftigung keine Beiträge gezahlt werden.

Dies führt in der Konsequenz zu unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrundlagen für die Betroffenen. Abgesehen davon werden der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch Finanzmittel entzogen. Der Grundsatz Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung wird hierdurch ebenfalls durchbrochen.

Es sollte daher eine Anpassung des § 240 SGB V dahingehend erfolgen, dass auch Arbeitsentgelte aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung bei der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage zu berücksichtigen sind.

Ergänzende Stellungnahme zur "Stellungnahme des Bundesrates"

Artikel 4 Nr. 01 - neu - (§ 4 Abs. 4 Satz 8 SGB V)

Die Minderung der Einzugskostenvergütung führt indirekt zu einer Erhöhung der budgetierten Netto-Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, ohne dass die Krankenkassen diese Mindereinnahmen beeinflussen können. Der Bundesrat schlägt daher in seiner Stellungnahme vor, einen Ausnahmetatbestand nach § 4 Abs. 4 Satz 8 SGB V einzufügen. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zugesagt, diesen Vorschlag zu prüfen. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ist dieser Vorschlag zu begrüßen und sollte aufgegriffen werden.

Artikel 4 Nr. 9a - neu - (§ 218 Abs. 1 und 2 SGB V - Regionale Kassenverbände)

Die Einfügung wird abgelehnt. Es ist nicht sinnvoll, diese weitreichende organisationsrechtliche Entscheidung jetzt als isolierte Einzelregelung im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens zu treffen. Mit organisationsrechtlichen Fragen befasst sich derzeit die Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Risikostrukturausgleich und Organisationsreform".