

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 04.07.2022

Referentenentwurf

Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

(8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG	6
Artikel 1 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	6
Nummer 16 Buchstabe b): Vereinbarungen zur Weiterleitung von Beiträgen (§ 28l Absatz 2 SGB IV)	6
Nummer 19 Buchstabe b): Verwaltung der Mittel (§ 80 Absatz 3 SGB IV)	6
Nummer 22 Buchstabe a) und b): Anlegung der Mittel (§ 83 SGB IV)	7
Nummer 29 Buchstabe c): Weiterleitung der Meldungen zur Sozialversicherung an die zuständige Einzugsstelle (§ 96 Absatz 3 SGB IV)	8
Nummer 30 Buchstaben a) und bb): Annahmestellen (§ 97 Absatz 1 Satz 2 SGB IV)	8
Nummer 42: Abruf der Angaben für Studenten (§ 109b neu SGB IV)	9
Artikel 2 Weitere Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	10
Nummer 2: Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern (§ 95c SGB IV)	10
Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	11
Nummer 6: Ausübung des Wahlrechtes (§ 175 SGB V)	11
Artikel 23 Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung	12
Nummer 4: Technische Standards für die Meldeverfahren (§ 16 DEÜV)	12
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	13
Elektronisches Abfrageverfahren zwischen der Landwirtschaftlichen Alterskasse der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	13
§ 3 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)	13

Einführung einer Mitteilungspflicht der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen bei Einleitung eines Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens 15

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung des Referentenentwurfes, den Datenaustausch zwischen Arbeitgebern und den Trägern der sozialen Sicherung, aber auch zwischen den Sozialversicherungsträgern zu verbessern und im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung anzupassen. Derartige Anpassungen sind u.a. bei den beitrags- und melderechtlichen Regelungen des SGB IV vorgesehen und werden von den Betriebskrankenkassen befürwortet. Gleichwohl regen die Betriebskrankenkassen folgende Anpassungen - bis hin zur Streichung – von Regelungen an:

- Die Krankenkassen müssen in ihrer Funktion als Einzugsstellen seit geraumer Zeit finanzielle Verluste bei der Verwaltung von Fremdbeiträgen durch die **Belastung mit Negativzinsen** hinnehmen. Um diese Belastung auszugleichen, fordern die Betriebskrankenkassen, Negativzinsen auch in den Zinsvereinbarungen nach § 28I Absatz 2 SGB IV zu berücksichtigen.
- Versicherungsträger sollen mit dem Entwurf verpflichtet werden, die Einhaltung der in § 80 Absatz 1 SGB IV genannten Anlagegrundsätze durch ein **qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement** sicherzustellen und dazu entsprechende Anlagerichtlinien zu erlassen. Ausfall- und Liquiditätsrisiken sind durch **Mischung und Streuung der Anlagen** zu begrenzen. Die Anforderungen dürften jedoch vor allem für kleinere Versicherungsträger aus personellen Gründen schwer zu realisieren sein. Eine Vermeidung von Klumpenrisiken ist in der Praxis zudem nicht umsetzbar.
- Die vorgesehene Ausnahmeregelung, für den Fall, dass die künftig abgesenkte Sicherungsgrenze zur Absicherung der Einlage der Höhe nach nicht mehr ausreicht, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen klarer zu fassen.
- Der GKV-Kommunikationsserver soll in die Lage versetzt werden, vor Weiterleitung der eingegangenen Meldungen zur Sozialversicherung die zuständige Einzugsstelle zu ermitteln. Darüber hinaus soll der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. dem Arbeitgeber) eine **Weiterleitungsbestätigung mit Angabe der Einzugsstelle**, bei der der Arbeitnehmer Mitglied ist, übermittelt werden. Die Betriebskrankenkassen lehnen eine derartige Weiterleitungsbestätigung ab. Der zur Meldung verpflichtete Stelle entstünde kein Mehr an Information. Vielmehr bestünde die Gefahr einer inhaltlich falschen Rückmeldung.
- Die bestehenden **Annahmestellen** innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sollen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht in Frage gestellt werden. Regelungen, die dies nahelegen, sind entsprechend zu streichen.
- Das vorgesehene **Abrufverfahren** zur versicherungsrechtlichen Beurteilung von beschäftigten **Student:innen** ist auf die Informationen beschränken, die die Krankenkassen über das elektronische Meldeverfahren mit den (Fach-)Hochschulen nach § 199a Absatz 6 SGB V vorhalten.

- Bei einem Krankenkassenwechsel gilt die **Wahl einer neuen Krankenkasse** als Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse. Die neu gewählte Krankenkasse hat die bisherige Krankenkasse „unverzüglich“ über den Krankenkassenwechsel zu informieren. Statt der im Entwurf vorgesehenen Anpassung des § 175 SGB V sollte die Frist für diese **Initialmeldung** nach Auffassung der Betriebskrankenkassen mit „spätestens innerhalb von einer Woche nach Ablauf der Wahlfrist“ konkreter gefasst werden.
- Im Hinblick auf die technischen Standards für die Meldeverfahren befürworten die Betriebskrankenkassen zwar grundsätzlich die vorgesehene Vereinheitlichung. Im Hinblick auf die ebenfalls vorgesehene Umstellung sämtlicher Fachverfahren auf XML sehen es die Betriebskrankenkassen allerdings als sinnvoller an, die einzelnen Fachverfahren auf XML umzustellen, bevor eine Umstellung auf UTF8 erfolgt. Alternativ wäre eine zeitgleiche Umstellung je Fachverfahren zu bevorzugen.

Die Betriebskrankenkassen regen zudem Änderungen an, die über die Regelungen des Referentenentwurfes hinausgehen:

- Im Hinblick auf die vorgesehene Änderung des § 95c Absatz 1 SGB IV, nach der der **Datenaustausch zwischen allen Sozialversicherungsträger** künftig maschinell zu erfolgen hat, haben die Betriebskrankenkassen die Erwartungshaltung, dass auch das **Erstattungsverfahren der Sozialversicherungsträger nach den §§ 102 bis 105 SGB X** von diesem Digitalisierungsgebot betroffen ist. Ähnliches war bereits Gegenstand des Referentenentwurfes zum 7. SGB IV-ÄndG. Eine Konkretisierung würde hier zu einer zügigen Digitalisierung dieses Verfahrens wesentlich beitragen.
- Die Betriebskrankenkassen schlagen zudem ergänzend vor, dass die bisher papierhafte und regelmäßige **Abfrage der SVLFG zum Weiterbestand der Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht** sowohl bei den Befreiten in der landwirtschaftlichen Alterskasse, als auch bei in Frage kommenden Sozialversicherungsträgern wie z. B. der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne einer weiteren Digitalisierung **durch ein verwaltungskostensparendes elektronisches Datenaustauschverfahren ersetzt** wird.
- Die Betriebskrankenkassen regen darüber hinaus, wie auch der GKV-Spitzenverband, ergänzend an, eine **Mitteilungspflicht auf elektronischem Wege der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen** bei Einleitung eines Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens einzuführen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 16 Buchstabe b): Vereinbarungen zur Weiterleitung von Beiträgen (§ 28I Absatz 2 SGB IV)

Bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – 7. SGB IV-ÄndG vom 25. September 2019 hat der GKV-Spitzenverband weiteren Änderungsbedarf angemahnt. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen seit geraumer Zeit finanzielle Verluste bei der Verwaltung von Fremdbeiträgen durch die Belastung mit Negativzinsen erleiden. Dies ist bedingt durch die sogenannten „Cut-Off-Zeiten“ der Geldinstitute. Dadurch können die bei den Einzugsstellen eingehenden Beiträge ab einer bestimmten Uhrzeit nicht mehr tagesgleich an die Fremdversicherungsträger weitergeleitet werden, sondern werden bei der Deutschen Bundesbank gesichert und mit einem entsprechenden Negativzins belastet. Diese finanzielle Belastung geben die Geldinstitute grundsätzlich an ihre Großkunden, also auch an die Einzugsstellen, weiter.

Die Problematik entsteht grundsätzlich dann, wenn bei den Krankenkassen Überweisungen nach der Cut-Off-Zeit eingehen oder teilweise, wenn im Tagesverlauf zunächst die Prüfung der Eingänge erforderlich ist. Geldeingänge in Folge von Lastschriftmandaten sind hiervon nicht betroffen.

Nach den Erkenntnissen und Beobachtungen der Krankenkassen ist festzustellen, dass es sich hierbei nicht um eine temporäre Besonderheit handelt, sondern auch fortgesetzt damit zu rechnen ist, dass die Geldinstitute die ihnen entstehende Belastung an die Einzugsstellen weitergeben. Die Betriebskrankenkassen unterstützen daher an die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, wonach die Negativzinsen auch in den Zinsvereinbarungen nach § 28I Absatz 2 SGB IV berücksichtigt werden müssen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 28I Absatz 2 werden nach dem Wort „erzielen“ die Wörter „oder mit Negativzinsen belastet sind“ eingefügt.

Nummer 19 Buchstabe b): Verwaltung der Mittel (§ 80 Absatz 3 SGB IV)

Zukünftig sollen die Versicherungsträger verpflichtet werden, die Einhaltung der in § 80 Absatz 1 SGB IV genannten Anlagegrundsätze durch ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement sicherzustellen und dazu

entsprechende Anlagerichtlinien zu erlassen. Ausfall- und Liquiditätsrisiken sind durch Mischung und Streuung der Anlagen zu begrenzen.

In der Begründung zum Entwurf wird hervorgehoben, dass stets der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, wonach die Anforderungen an die Versicherungsträger in einem angemessenen Verhältnis zu Art und Umfang ihres Anlagevolumens stehen müssen, beachtet werden muss. Dieser Grundsatz lässt sich aus der Formulierung des Absatz 3 so jedoch nicht herauslesen. Insbesondere kleineren Versicherungsträgern dürften hier aufgrund der nur in geringem Maße verfügbaren personellen Ressourcen Grenzen gesetzt sein. Hier fehlt im § 80 Absatz 3 SGB IV, der auch die Grundlage für die nachfolgenden Paragraphen bildet, eine deutliche Formulierung mit Bezug auf die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen.

Darüber hinaus dürfte die geforderte Mischung und Streuung – insbesondere mit Blick auf die Zahlungsverkehrskonten zur Abwicklung des täglichen Giroverkehrs, die als Betriebsmittel nun auch unter die Definition des § 80 Absatz 1 fallen – nicht nur bei kleineren Versicherungsträgern in der Praxis schwer realisierbar sein. Gerade bei Krankenkassen als Einzugsstellen für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag haben hier rund um den Fälligkeitstermin für die Beitragszahlung temporär extrem hohe Guthaben, die sich punktuell nicht auf mehrere Einlagen streuen lassen. Eine Vermeidung von Klumpenrisiken ist in der Praxis nicht umsetzbar.

Hier und in der Folge auch in den Bestimmungen des § 83 SGB IV sollte eine Abgrenzung der Anlagekriterien für Betriebsmittel differenziert nach reinen Giroguthaben und kurzfristigen Geldanlagen erfolgen.

Nummer 22 Buchstabe a) und b): Anlegung der Mittel (§ 83 SGB IV)

Nach Abs. 1 Nr. 2 b) gilt auch weiterhin die grundsätzliche Vorgabe, dass für das gewählte Kreditinstitut, gemessen an der Höhe der Einlage, eine Absicherung durch eine ausreichende freiwillige Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft gegeben sein muss. Dies ist nach den Statuten des Bundesverbands Deutscher Banken die Grundlage dafür, dass für Versicherungsträger überhaupt noch eine freiwillige Einlagensicherung gewährt wird. Aufgrund der ab 01.01.2023 eintretenden Anpassungen der Statuten des Einlagensicherungsfonds werden die Sicherungsgrenzen sukzessive zunächst auf 50 Mio. EUR bis zuletzt auf 10 Mio. EUR ab 01.01.2030 abgesenkt. Absatz 2 c) soll hier eine Ausnahmeregelung schaffen, für den Fall, dass die dann geltende Sicherungsgrenze zur Absicherung der Einlage der Höhe nach nicht mehr ausreicht. Um sicher zu stellen, dass nach den Statuten des Einlagensicherungsfonds auch weiterhin aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Einlagensicherung ein Schutz der Einlagen der Versicherungsträger gewährt wird, sollte die Formulierung zur gesetzlichen Verpflichtung bzw. die Definition des Buchstaben c) als Ausnahmeregelung klarer formuliert werden.

Nummer 29 Buchstabe c): Weiterleitung der Meldungen zur Sozialversicherung an die zuständige Einzugsstelle (§ 96 Absatz 3 SGB IV)

Zukünftig soll der GKV-Kommunikationsserver in die Lage versetzt werden, vor Weiterleitung der eingegangenen Meldungen zur Sozialversicherung die zuständige Einzugsstelle zu ermitteln. Darüber hinaus ist beabsichtigt, der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. Arbeitgeber) eine Weiterleitungsbestätigung mit Angabe der Einzugsstelle zu übermitteln, bei der der Arbeitnehmer Mitglied ist.

Die Betriebskrankenkassen lehnen das Vorhaben ab. Eine derartige Weiterleitungsbestätigung würde bei der zur Meldung verpflichteten Stelle keinen Mehrwert an Informationen generieren. Vielmehr bestünde die Gefahr, dass abgängig vom Zeitpunkt der Wahlerklärung und von der Abgabe der Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle eine inhaltlich falsche Rückmeldung übermittelt wird. Hier sind insbesondere Sachverhalte denkbar, in denen vor Ausübung des Krankenkassenwahlrechts zugunsten einer anderen als der bisherigen Krankenkasse der Arbeitgeber eben diese bisherige Krankenkasse zurückgemeldet bekommt. Dies würde bei allen Beteiligten vermeidbare Mehraufwände erzeugen.

Darüber hinaus sollte von dem Vorhaben bereits aus dem Grund Abstand genommen werden, da eine die Mitgliedschaft bestätigende Rückmeldung der Krankenkasse bereits aufgrund des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Siebtes SGB-IV Änderungsgesetz – 7.SGB IV-ÄndG) seit dem 1. Januar 2021 vorgesehen ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe c) wird gestrichen.

Nummer 30 Buchstaben a) und bb): Annahmestellen (§ 97 Absatz 1 Satz 2 SGB IV)

Durch die vorgesehene Änderung wird der Eindruck erweckt, dass bestehende Annahmestellen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft werden SOLLEN, sofern pro Krankenkassenart mehr als eine Annahmestelle besteht. Laut Gesetzesbegründung SIND die bestehenden Annahmestellen jedoch in ihrer Existenz geschützt.

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Regelung ab. Bereits die in Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a) beschriebene Option, Aufgaben von den Annahmestellen auf den Kommunikationsserver zu übertragen, ist dazu geeignet, die Bündelung von technischen Fehlerprüfungen an einer zentralen Stelle bei Bedarf sicherzustellen. Insofern besteht keine Notwendigkeit, zusätzlich die bestehenden Annahmestellen in Frage zu stellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird gestrichen.

Nummer 42: Abruf der Angaben für Studenten (§ 109b neu SGB IV)

Der Status des Studierenden ist bezüglich der Anwendung des sogenannten Werkstudentenprivilegs für Arbeitgeber bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung von beschäftigten Student:innen von entscheidender Bedeutung. Die Betriebskrankenkassen teilen die Zielrichtung des beschriebenen Abrufverfahrens. Die Prüfung des Werkstudentenprivilegs würde hierdurch geringfügig erleichtert werden.

Allerdings sollen die Krankenkassen, so der vorliegende Entwurf, insbesondere den Beginn und das Ende des Studiums, den Tag der Einschreibung und die jeweilige Bescheinigung für das laufende Semester den anfragenden Arbeitgebern zur Verfügung stellen. Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass die Krankenkassen regelhaft keine Bescheinigung für das jeweils laufende Semester von den (Fach-)Hochschulen erhalten. Insofern sollte die vorgesehene Regelung dahingehend angepasst werden, dass sich die zu transportierenden Daten auf die Informationen beschränken, die die Krankenkassen über das elektronische Meldeverfahren mit den (Fach-)Hochschulen nach § 199a Absatz 6 SGB V vorhalten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 109b Absatz 1 SGB V ist wie folgt anzupassen:

Zur Prüfung und Feststellung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 des Fünften Buches haben Arbeitgeber die notwendigen Angaben für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer bei der zuständigen Krankenkasse in einem automatisierten Verfahren durch systemgeprüfte Programme oder Ausfüllhilfen abzurufen. Die Krankenkasse teilt dem Arbeitgeber insbesondere den Beginn und das Ende des Studiums, sowie den Tag der Einschreibung und die jeweilige Bescheinigung für das laufende Semester mit. Die Datenübermittlung erfolgt unter Beachtung von § 95 Absatz 1 in einem automatisierten Verfahren durch systemgeprüfte Programme oder Ausfüllhilfen. § 95 Absatz 2 und 3 und § 96 gelten entsprechend.

Alternativ wäre § 199a SGB V dahingehend anzupassen, dass die (Fach-)Hochschulen je Semester entsprechende Meldungen zu übermitteln haben. Dies hätte jedoch eine massive Erhöhung des Meldevolumens zur Folge, was nach Auffassung der Betriebskrankenkassen weder sinnvoll, noch verhältnismäßig ist und zudem im Hinblick auf den Grundsatz der Datensparsamkeit mindestens problematisch wäre.

Artikel 2 Weitere Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2: Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern (§ 95c SGB IV)

Mit der vorgesehenen Änderung des § 95c Absatz 1 SGB IV hat der Datenaustausch zwischen allen Sozialversicherungsträger maschinell zu erfolgen. Abweichungen von diesem Grundsatz sind ab Inkrafttreten der Regelung nicht mehr zulässig.

Die Betriebskrankenkassen befürworten diese Änderung ausdrücklich.

Spätestens ab dem 1. Januar 2027 sind mit Inkrafttreten der Änderungen in Absatz 1 die Regelungen des Absatz 2 in Gänze obsolet. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, diesen zum 1. Januar 2027 zu streichen.

Darüber hinaus verbinden die Betriebskrankenkassen mit der vorgesehenen Änderung die Erwartungshaltung, dass auch das Erstattungsverfahren der Sozialversicherungsträger nach den §§ 102 bis 105 SGB X von diesem Digitalisierungsgebot betroffen ist. Ähnliches war bereits Gegenstand des Referentenentwurfs zum 7. SGB IV-ÄndG. Eine Konkretisierung über den Begründungsteil wäre einer zügigen Digitalisierung dieses Verfahrens zuträglich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 95c Absatz 1 und Absatz 2-SGB IV werden gestrichen (Der bisherige Wortlaut des bisherigen Absatzes 1 in der ab dem 1. Januar 2027 beabsichtigten Fassung wird inhaltsgleich übernommen und bildet sodann den §95c SGB IV als solchen).

§ 95c SGB IV wird wie folgt gefasst:

Haben Sozialversicherungsträger zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch Daten an einen Sozialversicherungsträger, eine berufsständische Versorgungseinrichtung, oder eine gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 4 Absatz 2 des Tarifvertragsgesetzes oder das Bundesamt für Soziale Sicherung als Träger des Gesundheitsfonds oder eine Aufsichtsbehörde zu übermitteln, ~~soll~~ hat dies durch Datenübertragung zu geschehen; § 95 gilt. In den Fällen der Übermittlung von Daten nach Satz 1 an das Bundesamt für Soziale Sicherung als Träger des Gesundheitsfonds oder eine Aufsichtsbehörde soll dies durch Datenübertragung erfolgen.

Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 6: Ausübung des Wahlrechtes (§ 175 SGB V)

Mit dem MDK-Reformgesetz sowie dem 7. SGB IV-Änderungsgesetz wurden die Grundlage des Krankenkassenwahlrechts weitgehend angepasst und ein elektronischen Meldeverfahren zwischen der bisherigen und der neu gewählten Krankenkasse eingeführt.

Das Instrument des aktiven Aussprechens einer Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ist nun nicht mehr vorgesehen. Vielmehr wird bei einem Krankenkassenwechsel die Wahl einer neuen Krankenkasse als Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse gewertet. Bei einem Wechsel des Versicherungsverhältnisses (z. B. Arbeitgeberwechsel) ist die Wahl einer neuen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt des neuen Versicherungsverhältnisses erforderlich. Einer Kündigung bedarf es auch in dieser Fallkonstellation nicht.

Die neu gewählte Krankenkasse hat die bisherige Krankenkasse „unverzüglich“ über den Krankenkassenwechsel zu informieren. Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass insbesondere die neu gewählte Krankenkasse ein großes Interesse daran hat, die Meldung an die bisherige Krankenkasse (sog. Initialmeldung) unverzüglich zu übermitteln. Auch ist es sowohl im Interesse der Kund:innen als auch der abgewählten Krankenkasse, so früh wie möglich über den anstehenden Krankenkassenwechsel Kenntnis zu erlangen. Neben den Fällen, in denen die Neumitglieder am letzten Tag der Wahlfrist eine neue Krankenkasse wählen und die neu gewählte Krankenkasse erst nach Ablauf der Wahlfrist (bestenfalls am Folgetag) die Initialmeldung an die bisherige Krankenkasse übermittelt, sind auch Fälle bekannt geworden, in denen die neu gewählte Krankenkasse die Initialmeldung teils Wochen später übermittelt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten die Wahlmöglichkeiten der Versicherten grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Jedoch würde mit der vorgesehenen Änderung des § 175 Absatz 4 SGB V eben dieses Organisationsversagen einzelner Wettbewerbsteilnehmer legitimiert. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, die Frist für die Abgabe der Initialmeldung konkreter zu fassen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 6 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

§ 175 ~~Absatz 4~~ wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich“ die Wörter „spätestens innerhalb von einer Woche nach Ablauf der Wahlfrist“

(bisheriger Punkt a wird gestrichen)

In Satz 4 werden nach dem Wort „Mitglieds“ die Wörter „; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung nach Absatz 2 Satz 1 als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 erklärt.“ eingefügt.

In Absatz 4 Satz 7 werden nach den Wörtern „auf das Kündigungsrecht nach Satz 6“ die Wörter „und dessen Ausübung“ eingefügt.

Artikel 23 Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Nummer 4: Technische Standards für die Meldeverfahren (§ 16 DEÜV)

Artikel 23 Nummer 4 sieht vor, dass Angaben sowohl zum Namen als auch zur Anschrift in UTF8-Codierung zu übertragen sind. Diese Vorgabe soll gemäß der dazugehörigen Begründung ab 2025 dazu führen, dass der Datenaustausch zwischen den am Meldeverfahren Beteiligten auf identischem Niveau stattfindet. Dies steht allerdings im Widerspruch zu Artikel 28 Absatz 3, nach dem die Regelungen des Artikels 23 Nummer 4 zum 1. Januar 2024 in Kraft treten.

Die Betriebskrankenkassen befürworten grundsätzlich die vorgesehene Vereinheitlichung. Im Hinblick auf die ebenfalls vorgesehene Umstellung sämtlicher Fachverfahren auf XML sehen es die Betriebskrankenkassen allerdings als sinnvoller an, die einzelnen Fachverfahren auf XML umzustellen, bevor eine Umstellung auf UTF8 erfolgt. Alternativ wäre eine zeitgleiche Umstellung je Fachverfahren zu bevorzugen. Eine Umstellung auf UTF-8 in den bisherigen Formaten, also vor der Umstellung der jeweiligen Fachverfahren auf XML Standard, würde letztlich zu vermeidbaren Doppelarbeiten führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 16 Absatz 1 DEÜV ist wie folgt anzupassen:

Namen und Anschriften sind nach Umstellung des Meldeverfahrens im Standard XML UTF-8 codiert zu übertragen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Elektronisches Abfrageverfahren zwischen der Landwirtschaftlichen Alterskasse der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

§ 3 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Landwirt:innen und mitarbeitende Familienangehörige, die dem Grunde nach der Versicherungspflicht nach § 1 ALG in der landwirtschaftlichen Alterskasse unterliegen, können sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen nach den Maßgaben des § 3 ALG von dieser Versicherungspflicht befreien lassen. Im Nachgang der Befreiung wird das Fortbestehen der ausgesprochenen Befreiung von der landwirtschaftlichen Alterskasse regelmäßig überprüft. Hintergrund ist, dass im Einzelfall überprüft werden muss, ob weiterhin Erwerbs- bzw. Erwerbsersatzeinkommen außerhalb der Landwirtschaft bezogen wird. Die Überprüfung erfolgt derzeit weiterhin papierhaft.

Für die Befreiungsüberprüfung der SVLFG von Fällen nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 ALG (Bezug von außerlandwirtschaftlichem Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen) sollte daher ein Datenaustauschverfahren mit den allgemeinen Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Einzugsstelle nach § 28i SGB IV eingerichtet werden. Abgefragt wird, ob für nach der vorgenannten Vorschrift Befreite ein Versicherungstatbestand nach §§ 5, 6, 8, 9 bzw. 192 SGB V vorliegt. Wenn dies der Fall ist, sind die Befreiungsvoraussetzungen auch weiterhin als erfüllt anzusehen.

Die bisher papierhafte und regelmäßige Abfrage der SVLFG zum Weiterbestand der Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht sowohl bei den Befreiten in der landwirtschaftlichen Alterskasse als auch bei in Frage kommenden Sozialversicherungsträgern wie z. B. der gesetzlichen Krankenkassen soll im Rahmen der Digitalisierung durch ein verwaltungskostenparendes Datenaustauschverfahren ersetzt werden. Das Mengengerüst wurde seitens der SVLFG allein für die bisherigen Abfragen bei den Krankenkassen auf 55.000 Fälle in einem turnusmäßigen Zeitraum von zwei Jahren beziffert. Die vorrangigen Abfragen bei den Versicherten sind um ein vielfaches umfangreicher. Diese entfielen ebenfalls mit dem Datenaustauschverfahren.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung, insbesondere hinsichtlich des Datenaustausches zwischen den Sozialversicherungsträgern (vgl. beabsichtigte Änderung des § 95 SGB IV), erscheint es geboten, auch dieses Datenaustauschverfahren in ein elektronisches Abfrageverfahren zu überführen.

Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das bisherige papierhaften Abfrageverfahren zu digitalisieren. GKV-weit würde das bisherige Massenverfahren im Wege eines Amtshilfeersuchens wegfallen. Die erforderlichen Daten könnten vielmehr im Rahmen der Dunkelverarbeitung der SVLFG zur Verfügung gestellt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Ergänzung von § 3 ALG um einen Absatz 5. Alternativ neue Verwendung des § 64 ALG im Abschnitt Datenschutz mit Überschrift „Auskünfte der gesetzlichen Krankenkassen“)

§ 3 ALG

(...)

(5) Die landwirtschaftliche Alterskasse ist befugt, Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die nach Absatz 1 Nr. 1 von der Versicherungspflicht befreit sind, regelmäßig im Wege eines automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und nach welcher Vorschrift des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht für sie besteht. Sie übermittelt hierzu in einem automatisierten Verfahren an die zuständige Einzugsstelle (§ 28i des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Angaben zu

- 1. Familienname,*
- 2. Vorname,*
- 3. Tag der Geburt,*
- 4. Geschlecht,*
- 5. Anschrift,*
- 6. Versicherungsnummer (§ 147 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)*

der oder des Befreiten. Die Einzugsstellen führen den Abgleich der ihnen übermittelten Daten durch und leiten Feststellungen im Sinne des Satzes 1 an die landwirtschaftliche Alterskasse zurück. Die landwirtschaftliche Alterskasse darf die ihnen übermittelten Daten nur zur Überprüfung nach Satz 1 nutzen. Sind übermittelte Daten für die Überprüfung nach Satz 1 nicht mehr erforderlich, sind sie unverzüglich zu löschen. Es ist bei jeder Bewilligung einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 1 auf den automatisierten Datenabgleich hinzuweisen. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Gemeinsamen Grundsätzen.

Einführung einer Mitteilungspflicht der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen bei Einleitung eines Berufs-krankheiten-Feststellungsverfahrens

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gegenüber den Unfallversicherungsträgern zur Auskunft verpflichtet, soweit Letztere Informationen zur Feststellung des Versicherungsfalls im Sinne des SGB VII benötigen. Hier werden regelhaft Auskünfte über die Behandlung, den Zustand sowie über die Erkrankungen und frühere Erkrankungen der Versicherten verlangt. Regelungen zur Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen in Form von Informationspflichten der Unfallversicherungsträger gegenüber den Krankenkassen, die der Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen dienen, sind bislang nicht vorgesehen.

Für Versicherte besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Leistungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind (§ 11 Absatz 5 SGB V). § 260 Absatz 1 SGB V sieht u.a. vor, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen nur für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben verwendet werden dürfen. Die Prüfung des Leistungsausschlusses nach § 11 Absatz 5 SGB V stellt demnach eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen dar. Sofern Krankenkassen als unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht haben, können sie gegenüber den zuständigen Leistungsträgern nach dem 3. Kapitel des SGB X grundsätzlich Erstattungsansprüche geltend machen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Erstattungsansprüche unter Berücksichtigung der Regelungen des § 111 SGB X fristgerecht geltend gemacht wurden.

Aufgrund fehlender gesetzlicher Informationspflichten der Unfallversicherungsträger an die Krankenkassen über laufende Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls (insbesondere in Fallkonstellationen, in denen kein D-Arzt-Bericht vorliegt), verfügen die Krankenkassen nicht vollständig über die erforderlichen Informationen zur fristwahrenden Anmeldung von entsprechenden Erstattungsansprüchen in den vorgenannten Fällen. Dies führt ggf. zu aufwändigen Rechtsstreitigkeiten und einer Vielzahl von rein vorsorglichen Verdachtsanzeigen sowie in einschlägigen Fällen zu einer finanziellen Belastung der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung trotz gesetzlichem Leistungsausschluss. Vor diesem Hintergrund sollte eine entsprechende Benachrichtigungspflicht des zuständigen Unfallversicherungsträgers an die Krankenkasse des Versicherten gesetzlich geregelt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 188 SGB VII wird die Überschrift wie folgt geändert:

„§ 188 Auskunftspflicht der Krankenkassen, Pflicht der Unfallversicherungsträger zur Benachrichtigung der Krankenkassen“.

§ 188 SGB VII wird um folgenden Absatz 2 ergänzt:

Der Unfallversicherungsträger benachrichtigt die Krankenkasse des Versicherten auf elektronischem Wege bei Einleitung eines Verfahrens zur Prüfung des Vorliegens eines Versicherungsfalles. Das Nähere insbesondere zu den Anlässen, den erforderlichen Inhalten und zum Verfahren der Benachrichtigung regeln die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.