

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Meldungen
Arbeitsgruppe
Zahlstellen-Meldeverfahren
am 23. Februar 2016

- unbesetzt -



Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Top 1 Reduzierung der Meldungen zum maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezug (VBmax)	5
Top 2 Maschinelle Anforderung von Bestandsmeldungen der Zahlstellen	7
Top 3 Vergabe einer Zahlstellennummer durch den GKV-Spitzenverband	9
Top 4 Berücksichtigung des Ansprechpartners in den Meldungen der Krankenkassen und Zahlstellen ab dem 1. Januar 2017	11
Top 5 Bestandsprüfungen	13
Top 6 Weitere Anpassungen in den Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V und in der Verfahrensbeschreibung	15
Top 7 Erweiterte Meldepflichten für berufsständische Versorgungseinrichtungen aufgrund des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen und anderer Gesetze (E-Health-Gesetz)	19
Top 8 Beitragsabführungspflicht der Zahlstellen bei Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V; hier: fehlende Anwendbarkeit der Bagatellgrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V	21

- unbesetzt -



Top 01

Reduzierung der Meldungen zum maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezug (VBmax)

Sachverhalt:

Bislang haben Krankenkassen nach § 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V den Umfang der Beitragspflicht hinsichtlich des ausgezahlten Versorgungsbezuges den Zahlstellen mitzuteilen. Zur Umsetzung dieser Mitteilungspflicht erfolgt bei erstmaliger Bewilligung des Versorgungsbezuges sowie bei jeder Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die Auswirkungen auf die Beitragspflicht haben kann (z. B. Änderung der Beitragsbemessungsgrenze - BBG), von den Krankenkassen eine Meldung über die Höhe des VBmax.

Die Praxis hat gezeigt, dass die VBmax-Meldungen in der Regel nicht erforderlich sind, da nur in Einzelfällen der Versorgungsbezug in der Summe mit dem Betrag der gesetzlichen Rente die BBG übersteigt. Von den ca. 6,25 Mio. Versorgungsempfängern überschreiten derzeit lediglich 2 v. H. (ca. 125.000) die BBG.

Zur Reduzierung des Meldevolumens sollte der VBmax nur noch in den Fällen gemeldet werden, in denen der Betrag aus Versorgungsbezug und gesetzlicher Rente die BBG tatsächlich überschreitet. Dies bestätigten auch die Diskussionen in der Fachkonferenz Meldungen am 28. Mai 2015 (TOP 9) sowie im Workshop „Zahlstellen-Meldeverfahren“ am 9. September 2015.

Zur rechtlichen Klarstellung soll mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze der Meldetatbestand im § 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V auf die tatsächlichen Anwendungsfälle reduziert werden.

Ergebnis:

1. Meldungen mit Anwendung VBmax

Eine Meldung des VBmax durch die Krankenkassen erfolgt nur noch in den Fällen, in denen die Summe aus monatlichem Versorgungsbezug/monatlichen Versorgungsbezügen und Monatsbetrag der gesetzlichen Rente die BBG übersteigt.

In diesen Fällen ist wie bislang der anzuwendende VBmax in den Meldungen der Krankenkassen im Feld „VBmax“ anzugeben.

2. Wegfall des anzuwendenden VBmax

Sofern bei bestehender Beitragsabführungspflicht aufgrund der Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse der gemeldete VBmax keine Anwendung mehr findet, ist in der Änderungsmeldung (GD 2), die die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Änderung abgibt, das Feld „VBmax“ in Grundstellung zu liefern. Dies gilt z. B. in den Fällen, in denen aufgrund des Wegfalls eines zweiten Versorgungsbezuges der erste Versorgungsbezug in voller Höhe beitragspflichtig wird.

3. Meldungen ohne Anwendung VBmax

In den überwiegenden Fällen, in denen die Summe aus monatlichem Versorgungsbezug/monatlichen Versorgungsbezügen und Monatsbetrag der gesetzlichen Rente die BBG nicht übersteigt, verbleibt in den Meldungen der Krankenkassen bei Angabe der Beitragsabführungspflicht „ja“ (KENNZABF, Kennzeichen 2 – 4) das Feld „VBmax“ in Grundstellung.

Dementsprechend wird die Prüfung DBKZ095 in der Datensatzbeschreibung angepasst, die bislang ausschloss, dass bei Angabe der Beitragsabführungspflicht „ja“ (KENNZABF, Kennzeichen 2 – 4) das Feld „VBmax“ in Grundstellung gemeldet werden konnte.

4. Meldungen mit einem VBmax von 0,00 EUR

Zur Abgrenzung hierzu ist in den Fällen, in denen z. B. aufgrund von mehreren Versorgungsbezügen der VBmax bei einem Versorgungsbezug tatsächlich 0,00 EUR beträgt, zusätzlich zur Grundstellung im Feld „VBmax“ die Angabe zur Beitragsabführungspflicht zu verneinen (KENNZABF, Kennzeichen 1).

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Vorgehensweise gelten die Festlegungen unter Ziffer 1 - 4 ab dem 1. Januar 2017.

Die „Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 wird um eine Ziffer 4.2.1 erweitert.

Stichtagsumstellung zum 1. Januar 2017

Fraglich bleibt, ob in den Fällen, in denen der bislang gemeldete VBmax keine Anwendung findet, im Sinne der Festlegung unter Ziffer 3 zum Stichtag 1. Januar 2017 die Krankenkassen eine Änderungsmeldung (GD 2) mit Grundstellung im Feld „VBmax“ abgeben sollten. Mit einer derartigen „Stichtagsmeldung“ wäre sichergestellt, dass zum 1. Januar 2017 bei allen betroffenen Zahlstellen einheitlich der VBmax mit dem Wert „0,00“ in den Datenbeständen hinterlegt wäre.

Es darf allerdings nicht verkannt werden, dass diese Einmalaktion bezogen auf die o. g. Zahlen einem Meldevolumen von ca. 6,1 Mio. Stichtagsmeldungen entspräche.

Bevor hierzu eine Entscheidung ergeht, wird diese Frage am 6. April 2016 im Rahmen des Workshops mit den Zahlstellen erörtert.

Top 02

Maschinelle Anforderung von Bestandsmeldungen der Zahlstellen

Sachverhalt:

In der Sitzung der Arbeitsgruppe Zahlstellen-Meldeverfahren der Fachkonferenz Meldungen am 28. Mai 2015 ist unter TOP 10 beschlossen worden, dass Krankenkassen Bestandsmeldungen der Zahlstellen künftig maschinell anfordern. Da die bestehenden Meldungen im Zahlstellen-Meldeverfahren sich jeweils auf einen Versorgungsbezug beziehen, die Bestandsmeldung aber alle Versorgungsbezieher eines Abrechnungsmonats umfassen, erfolgt die maschinelle Anforderung nicht mit dem bestehenden Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“, sondern mit einem gesonderten Datensatz. Hierfür wird ein neuer Datensatz „Anforderung Bestandsmeldung“ (DSBM) in die Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren sowie in die Datensatzbeschreibung aufgenommen. Um Rechtsicherheit zur Frage zu schaffen, innerhalb welchen Zeitraumes die Zahlstelle auf die Anforderung der Krankenkasse zu reagieren hat, werden darüber hinaus in den Grundsätzen ein Meldezeitpunkt (nächstfolgende Abrechnung) sowie eine Meldefrist (sechs Wochen nach Eingang der Aufforderung durch die Krankenkasse) analog den Regelungen zu Arbeitgebermeldungen festgelegt.

Ergebnis:

Ab dem 1. Januar 2017 können Krankenkassen Bestandsmeldungen der Zahlstellen innerhalb des Zahlstellen-Meldeverfahrens mit dem DSBM abfordern. Spätestens ab dem 1. Juli 2017 haben Krankenkassen Bestandsmeldungen der Zahlstellen nur noch innerhalb des Zahlstellen-Meldeverfahrens mit dem DSBM abzufordern.

In den „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 SGB V“ in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 wird der DSBM sowie ein entsprechender Hinweis aufgenommen. Zusätzlich wird eine gesonderte Datensatzbeschreibung zum DSBM einschließlich Fehlerprüfung in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 veröffentlicht. Flankierend wird in der „Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 unter Ziffer 2.7 eine Ergänzung aufgenommen.

Hinweis:

Im Nachgang der Sitzung hat die ITSG darauf hingewiesen, dass die vorgesehene Abkürzung „DSAB“ bereits im BEA-Verfahren verwendet wird. Insoweit ist die Abkürzung in „DSBM“ geändert worden.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Meldungen
23. Februar 2016
Arbeitsgruppe Zahlstellen-Meldeverfahren



- unbesetzt -



Top 03

Vergabe einer Zahlstellennummer durch den GKV-Spitzenverband

Sachverhalt:

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze sollen in § 202 Abs. 3 SGB V die Zahlstellennummer, deren Vergabe sowie die hierfür erforderlichen Speicherungs- und Verarbeitungsbefugnisse geregelt werden. Hiernach ist ab dem 1. Januar 2017 eine Zahlstellennummer beim GKV-Spitzenverband zu beantragen. Dieser hält eine Zahlstellendatei vor, in der die Zahlstellennummern und die zur Vergabe einer Zahlstellennummer erforderlichen Daten gespeichert werden. Flankierend erfolgen Regelungen zu Nutzungsrechten dritter Stellen. Das Nähere zum Verfahren und Aufbau der Zahlstellennummer ist in den Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren zu beschreiben.

Der GKV-Spitzenverband wird zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe die bestehende Zahlstellendatei des AOK-Bundesverbandes übernehmen. Hierdurch werden die Investitionen in die bestehende Zahlstellendatei genutzt und ein fließender Übergang der Nummernvergabe sichergestellt.

Die konzeptionellen Überlegungen zur Übernahme der Datei sowie zum künftigen Antrags- und Vergabeverfahren sind innerhalb des GKV-Spitzenverbandes noch nicht abgeschlossen.

Ergebnis:

Die Teilnehmer nehmen den Bericht des GKV-Spitzenverbandes über den aktuellen Stand zur Kenntnis.

Die Abstimmung der insoweit erweiterten Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren erfolgt im Nachgang der Sitzung per E-mail.

- unbesetzt -



Top 04

Berücksichtigung des Ansprechpartners in den Meldungen der Krankenkassen und Zahlstellen ab dem 1. Januar 2017

Sachverhalt:

Sofern sich aufgrund einer Meldung der Krankenkasse Rückfragen ergeben, sollten der Krankenkasse und der Zahlstelle der zuständige Ansprechpartner bekannt sein. Die wechselseitige Information der jeweiligen Ansprechpartner stärkt die schnelle und effiziente Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall.

Zur technischen Umsetzung wird der in anderen Fachverfahren bereits eingesetzte Datenbaustein „Ansprechpartner“ (DBAP) in das Zahlstellen-Meldeverfahren (ZMV) aufgenommen. Ab dem 1. Januar 2017 sind die Telefonnummer und Emailanschrift (sofern vorhanden) sowie optional die Faxnummer anzugeben, unter der ein für das ZMV bzw. für den konkreten Einzelfall zuständiger Ansprechpartner erreichbar ist.

Ergebnis:

In der Diskussion zum Inhalt und Ziel der Neuaufnahme des DBAP wird deutlich, dass insbesondere größere Krankenkassen keine konkreten Ansprechpartner in den Meldungen angeben werden. Die Angaben reduzieren sich in diesen Fällen z. B. auf regionale Hotlines bzw. auf Telefonnummern bestimmter Fachteams.

Bevor das ZMV um den DBAP erweitert wird, erfolgt im Rahmen des Workshops am 6. April 2016 einen Austausch mit den Zahlstellen, ob diese Angaben einen nachhaltigen Mehrwert darstellen, der es rechtfertigt, das ZMV zu erweitern. Hierbei ist auch in Erfahrung zu bringen, ob und inwiefern größere Zahlstellen bei der Angabe des Ansprechpartners ggf. ähnlich vorgehen werden.

Im Vorgriff auf die Entscheidung, ob der DBAP Berücksichtigung findet, werden in dem Entwurf der „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 SGB V“ sowie in dem Entwurf der „Datensatzbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren einschließlich Fehlerprüfung“ jeweils in den Fassungen ab dem 1. Januar 2017 der DBAP einschließlich eines weiteren Datenbausteines „Fehler“ aufgenommen. Flankierend wird in dem Entwurf der „Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 unter Ziffer 5 eine Ergänzung aufgenommen.

- unbesetzt -

Top 05
Bestandsprüfungen

Sachverhalt:

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführten Projektes „Optimiertes Meldeverfahren in der sozialen Sicherung“ (OMS) ist u. a. kritisiert worden, dass Krankenkassen zur Korrektur fehlerhafter Meldungen diese auf dem Weg zur Rentenversicherung verändern. Die Argumente der GKV, dass die Aufklärung von Unstimmigkeiten gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 33 Abs. 3 Satz 4 DEÜV) und im Übrigen die sich ggf. im Einzelfall daraus ergebene Veränderung der Meldung zum Serviceverständnis der Einzugsstellen gehört, führten im Projekt zu dem einvernehmlichen Ergebnis, dass bei einer Veränderung der Meldung der Arbeitgeber von den Krankenkassen zu informieren ist. Im Abschlussbericht des OMS-Projektes ist hingegen die Empfehlung ausgesprochen worden, fehlerhafte Meldungen durch die Krankenkassen konsequent abzuweisen. Auf Grundlage dieser Empfehlung ist mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze im § 98 Abs. 2 SGB IV die Rechtsgrundlage für ein neues maschinelles Bestandsprüfungsverfahren geschaffen und die Aufklärungspflicht der Krankenkassen im § 33 Abs. 3 Satz 4 DEÜV gestrichen worden.

Aufgrund der anhaltenden Kritik hat das BMAS von der Genehmigung der „Gemeinsamen Grundsätze für die Bestandsprüfungen“ abgesehen. In einem Konsolidierungsgespräch am 1. Dezember 2015 hat das BMAS zugesagt, das Ziel vollmaschineller Bestandsprüfungen aufzugeben. Stattdessen sollen im Rahmen des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-ÄndG) auf Grundlage des Ergebnisses im OMS-Projekt die Krankenkassen (wieder) legitimiert werden, im Einzelfall Meldungen zu verändern mit der Maßgabe, den Arbeitgeber über diese Veränderung maschinell zu informieren. Einen Vorschlag zur erforderlichen Änderung im § 98 Abs. 2 SGB IV, der gleichermaßen das Zahlstellen-Meldeverfahren erfasst, hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme am 25. Januar 2016 gegenüber dem BMAS formuliert; dieser Vorschlag ist aufgegriffen worden.

Der GKV-Spitzenverband wird auf Grundlage von § 98 Abs. 2 SGB IV i. d. F. 6. SGB IV-ÄndG (Entwurf) in der Fachkonferenz Meldungen am 8. März 2016 ein Konzept zur Umsetzung des modifizierten Bestandsprüfungsverfahrens vorstellen. Auf Grundlage dieses Ergebnisses wird entschieden, ob der Datenbaustein Bestandsfehler aus der Datensatzbeschreibung zu entfernen ist.

Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer nehmen die aktuellen Entwicklungen zum Bestandsprüfungsverfahren zur Kenntnis.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Meldungen
23. Februar 2016
Arbeitsgruppe Zahlstellen-Meldeverfahren



- unbesetzt -



Top 06

Weitere Anpassungen in den Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V und in der Verfahrensbeschreibung

Sachverhalt:

1. Anpassungen in den Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren

Neben den unter TOP 2, 3 und 5 beschriebenen Aktualisierungen gibt es weiteren Anpassungsbedarf.

1.1 Änderung von § 202 Abs. 3 SGB V

Mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) wurde klargestellt, dass die Meldungen der Krankenkassen arbeitstäglich durch Datenübertragung zu erfolgen haben (§ 202 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V). Die Regelung im Abs. 3 a. a. O. wurde durch diese Ergänzung entbehrlich und ist mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze gestrichen worden.

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze sollen in § 202 Abs. 3 SGB V ab dem 1. Januar 2017 die Zahlstellenummer und die Zahlstellendatei geregelt werden.

Die inhaltliche Änderung von § 202 Abs. 3 SGB V wird in den Grundsätzen berücksichtigt.

1.2 Erläuterung zum Versicherungsnummern-Abfrageverfahren

Zahlstellen haben nach § 28a Abs. 3a Satz 1 SGB IV ab dem 1. Juli 2016 die Möglichkeit, mit dem Abrechnungsprogramm die Versicherungsnummer (VSNR) des Versorgungsbeziehers bei der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung (DSRV) abzufragen. Um vermeidbare Anfragen bei den Krankenkassen zu einer VSNR nachhaltig zu reduzieren und sicherzustellen, dass in der erstmaligen Meldung der Zahlstelle (Vorabbescheinigung oder Beginn-Meldung) eine VSNR enthalten ist, wird in den Grundsätzen festgehalten, dass diese Möglichkeit von den Zahlstellen zu nutzen ist.

Die Ziffer 1.1 der Grundsätze wird entsprechend angepasst.

1.3 Klarstellung zur Stornierungsmeldungen

Im Rahmen der Systemuntersuchungen ist festgestellt worden, dass einige Abrechnungsprogramme bei Abweisung einer Meldung durch die Datenannahmestelle eine Stornierungsmeldung abgeben. Unter Ziffer 2.3 wird eine Klarstellung getroffen, dass dies unzulässig ist.

Stornierungsmeldungen sind nur zulässig, sofern die zu stornierende Meldung der Krankenkasse

zugegangen ist. In analoger Anwendung von § 97 Abs. 3 Satz 2 SGB IV gilt die Meldung als der Krankenkasse zugegangen, sobald die meldende Stelle (Zahlstelle, Abrechnungsstelle, Rechenzentrum) von der Datenannahmestelle eine Weiterleitungsbestätigung erhält.

2. Anpassungen in der Verfahrensbeschreibung

Neben den in TOP 1 bis 3 beschriebenen Aktualisierungen gibt es weiteren Anpassungsbedarf.

2.1 Erläuterung zum Versicherungsnummern-Abfrageverfahren

Wie unter Ziffer 1.2 dargestellt, ist das Abfrageverfahren von den Zahlstellen zu nutzen.

In der Verfahrensbeschreibung wird zusätzlich darauf eingegangen, sofern die DSRV im Einzelfall kein Suchergebnis erzielt. In diesen Fällen haben Zahlstellen weiterhin die Möglichkeit, die erstmalige Meldung (Vorabbescheinigung/Beginn-Meldung) ohne VSNR abzugeben. Die VSNR wird in diesen Fällen von der Krankenkasse ermittelt und in der Rückmeldung an die Zahlstelle angegeben.

Zusätzlich zu den Ausführungen unter Ziffer 2.1 (Vorabbescheinigung) und Ziffer 2.2 (Bewilligung/Beginn des Versorgungsbezugs) wird das VSNR-Abfrageverfahren in einer gesonderten Ziffer 6 beschrieben.

2.2 Wegfall der Angaben zum Beitragssatz seit dem 1. Juli 2015

Zur Verhinderung eines Anstiegs des Meldevolumens ist mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze der Meldetatbestand „Beitragssatz“ gestrichen worden. Auf den Wegfall der Angabe zum Beitragssatz wurde bislang in der Verfahrensbeschreibung unter Ziffer 6 hingewiesen. Aufgrund des Zeitablaufs wird diese Passage gestrichen.

2.3 Klarstellung zur Stornierungsmeldung

Wie in den Grundsätzen wird in der Verfahrensbeschreibung unter Ziffer 2.3 ein Hinweis auf die analoge Anwendung von § 97 Abs. 3 Satz 2 SGB IV aufgenommen.

2.4 Klarstellung zur Angabe des KV-Beitrages bei Bestandsmeldungen

Unter Ziffer 2.7 (Bestandsmeldung) wird klargestellt, dass von der Zahlstelle in der Bestandsmeldung als KV-Beitrag der Gesamtbeitrag anzugeben ist, der sich aus dem gesetzlichen Beitragssatz und dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag ergibt.

2.5 Anpassungen zur Datenkommunikation

In der Verfahrensbeschreibung wird derzeit noch auf die Möglichkeit der Datenübertragung per E-mail eingegangen; diese Passagen werden gestrichen bzw. angepasst.

2.6 Feststellung der Beitragsabführungspflicht bei rückwirkender Gewährung des Versorgungsbezuges

Wie in der Fachkonferenz Meldungen am 20. Oktober 2015 unter TOP 5 klargestellt, besteht für die Zahlstelle auch in den Fällen von Beginn des Versorgungsbezuges an eine Beitragsabführungspflicht, in denen aufgrund einer rückwirkenden Gewährung eines Versorgungsbezuges Beiträge aus dem Versorgungsbezug für Zeiten der Familienversicherung zu zahlen sind (§ 229 Abs. 2 SGB V).

In der Konsequenz haben Krankenkassen bei derartigen Konstellationen auch für Zeiten einer Familienversicherung in der Meldung die Beitragsabführungspflicht zu bejahen. Eine entsprechende Klarstellung wird unter Ziffer 4.2 aufgenommen.

Ergebnis:

Die „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V“ sowie die „Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ jeweils in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 werden um die vorgenannten Ausführungen ergänzt.

- unbesetzt -

Top 07

Erweiterte Meldepflichten für berufsständische Versorgungseinrichtungen aufgrund des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen und anderer Gesetze (E-Health-Gesetz)

Sachverhalt:

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b) SGB V sind Personen ab dem 1. Januar 2017 versicherungspflichtig, sofern sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine der Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erfüllen und diese beantragen. Zur Feststellung und Durchführung der Versicherung benötigen die Krankenkassen in den einschlägigen Fällen von den berufsständischen Versorgungseinrichtungen den Tag der Antragstellung sowie die Information, dass die Waise im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b) SGB V zum berechtigten Personenkreis zählt.

Nach Informationen der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) sind von den rund 9.300 Bestandswaisenrenten ca. 1.200 – 1.500 Bestandswaisenrentner betroffen. Bezogen auf die Waisenrentenneuzugänge rechnet die ABV mit maximal 200 Fällen pro Jahr. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen erscheint es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der ABV überstrapaziert, die vorgenannten Meldetatbestände im Zahlstellen-Meldeverfahren abzubilden.

Der GKV-Spitzenverband wird dem BMAS im Genehmigungsverfahren der Grundsätze nach § 202 Abs. 2 SGB V darlegen, dass die notwendigen Angaben nicht in das Zahlstellen-Meldeverfahren implementiert, sondern aufgrund der geringen Fallzahl von den berufsständischen Versorgungseinrichtungen mit einem Vordruck übermittelt werden. Die ABV wird im Rahmen des Genehmigungsverfahrens das BMAS mit gleichlautender Intention kontaktieren.

In einem nächsten Schritt wird der GKV-Spitzenverband die konzeptionelle Umsetzung des Vordruckes angehen.

Ergebnis:

Die Teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

- unbesetzt -



Top 08

Beitragsabführungspflicht der Zahlstellen bei Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V;
hier: fehlende Anwendbarkeit der Bagatellgrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V

Sachverhalt:

Bei Versorgungsbeziehern, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, gelten nach § 227 SGB V die Maßgaben zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen für freiwilligen Versicherte gem. § 240 SGB V entsprechend. Daraus folgt, dass die Bagatellgrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V keine Anwendung findet.

Diese Besonderheit ist im Zahlstellen-Meldeverfahren nicht abgebildet. Insoweit ist nicht auszuschließen, dass Zahlstellen bei Versorgungsbeziehern, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, ungeachtet dieser gesetzlichen Regelung die Bagatellgrenze bei der Beitragsabführung berücksichtigen.

Es sollte geprüft werden, ob und inwiefern darauf hingewirkt werden kann, dass die sich daraus ergebenden Beitragsverluste vermieden werden.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband hat den in der Fachkonferenz Beiträge am 17. Juni 2015 unter TOP 6 beschlossenen Forderungskatalog über Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht nach Abstimmung mit dem Fachbeirat am 18. Dezember 2015 dem BMG mit der Bitte um Berücksichtigung im Gesetzgebungsverfahren zugesandt. In diesem Forderungskatalog wird auch die Aufgabe der angesprochenen Bagatellgrenze gefordert. Das BMG hat dem GKV-Spitzenverband am 7. Januar 2016 mitgeteilt, dass die Vorschläge in den zuständigen Fachabteilungen geprüft werden.

Dieses Ergebnis wird zunächst abgewartet. Sofern das BMG die Forderung nicht aufgreift, wird geprüft, ob und inwiefern Maßnahmen im ZMV ergriffen werden.



- unbesetzt -



Teilnehmerliste

Herr Maiwald	GKV-Spitzenverband
Herr Opretzka	GKV-Spitzenverband
Herr Scharatta	GKV-Spitzenverband
Frau Gallmann	AOK
Herr Wurbs	AOK
Herr Mihalek	EK
Frau Wittich	EK
Herr Sockel	BKK
Frau Keller	IKK
Frau Garzke	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Laar	Knappschaft
Herr Grüger	ITSG



- unbesetzt -

