

RUNDSCHREIBEN

RS 2019/241 vom 13.05.2019



Versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Kurzbeschreibung: Wir informieren über die Änderungen des TSVG im Versicherungs- und Beitragsrecht.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 18 vom 10. Mai 2019 wurde auf den Seiten 646 ff. das

Gesetz
für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
vom 6. Mai 2019

verkündet.

Es zielt vordergründig darauf ab, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird, sowie die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern. Das Gesetz enthält darüber hinaus auch einige versicherungs- und beitragsrechtliche Regelungen, die, soweit sie nicht allein redaktionellen oder rechtsbereinigenden Charakter haben, nachfolgend dargestellt werden.

Das Gesetz ist grundsätzlich am Tag nach der Verkündung, also am 11. Mai 2019, in Kraft getreten. Sofern für einzelne Änderungen ein abweichender

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter dialog.gkv-spitzenverband.de



Zeitpunkt des Inkrafttretens bestimmt ist, wird darauf nachfolgend hingewiesen.

1. Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind auf die Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner – KVdR – (Artikel 1 Nr. 2)

Die Änderung in § 5 Abs. 2 SGB V stellt sicher, dass eine Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind auf die für die Versicherungspflicht in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht mehr erfolgt, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder – bei Stiefkindern – der Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde. Bei Stiefkindern ist zusätzlich Voraussetzung für die Anrechnung von drei Jahren, dass das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenze in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde. In diesen Fällen kann eine entsprechende Erziehungsleistung, die sich möglicherweise auf den Versicherungsstatus der Eltern ausgewirkt hat, ausgeschlossen werden. Die neue Regelung ist der Regelung in § 55 Abs. 3a SGB XI im Zusammenhang mit dem Beitragszuschlag für kinderlose Personen in der Pflegeversicherung nachgebildet.

Die neue Regelung ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten und gilt sowohl für Neufälle (Rentenantrag ab dem Tag des Inkrafttretens), als auch – mangels Übergangsregelung – für Bestandsfälle (Rentenantrag vor dem Tag des Inkrafttretens).

Damit würde in den Fällen, bei denen der Rentenantrag vor dem Tag des Inkrafttretens gestellt worden ist, die Voraussetzungen für den Zugang zur Versicherungspflicht in der KVdR nach der bisherigen Rechtslage erfüllt waren und nach der neuen Rechtslage nicht mehr erfüllt sind, die Versicherungspflicht in der KVdR bzw. die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller grundsätzlich am 10. Mai 2019 (Tag vor dem Inkrafttreten) enden. Es ist jedoch erkennbar nicht der Wille des Gesetzgebers, die Bestandsfälle anzutasten. Zudem sind die von der Änderung betroffenen Bestandsfälle nicht mehr im uneingeschränkten Zugriff der Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund halten wir es für vertretbar, wenn in diesen Bestandsfällen von einer Beendigung der Versicherungspflicht in der KVdR von Amts wegen aufgrund der Rechtsänderung abgesehen wird.

2. Familienversicherung (Artikel 1 Nr. 6)

2.1 Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen als Gesamteinkommen

Die Ergänzung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V sieht vor, dass auch einmalig oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, als regelmäßiges Gesamteinkommen zu berücksichtigen sind. Die Berücksichtigung einer einmaligen Abfindung hatte das Bundessozialgericht mit Urteil vom 9. Oktober 2007 – B 5b/8 KN 1/06 KR R –, USK 2007–94, verneint. Dies konnte zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen, denn auch lediglich einmalig ausgezahlte Entschädigungen, die als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen gewährt worden sind, bestimmen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Person im Sinne regelmäßiger monatlicher Einkommensverhältnisse. Diese Ungleichbehandlung wird mit der Neuregelung behoben.

Die konkrete Umsetzung erfolgt dadurch, dass die Entlassungsentschädigung unter Berücksichtigung des zuletzt regelmäßig im Monat erzielten Arbeitsentgelts fiktiv auf die Zeit nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses bzw. nach der Auszahlung umgelegt und insoweit als zum Gesamteinkommen gehörende Einnahme herangezogen wird. Näheres hierzu wird in den Grundsätzlichen Hinweisen „Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“, die Vorbereitung sind, beschrieben.

2.2 Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen ohne Altersgrenze

Die Ergänzung des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sieht vor, dass die Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen ohne Altersgrenze auch in den Fällen durchzuführen ist, bei denen die Behinderung, aufgrund derer das Kind zum Selbstunterhalt nicht (mehr) in der Lage ist, zwar innerhalb der Altersgrenzen des § 10 Abs. 2 Nr. 1, 2 oder 3 SGB V eingetreten ist, aber zu diesem Zeitpunkt die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

Damit werden insbesondere Kinder mit Behinderungen, die eine Waisenrente beziehen und aufgrund dessen einer gegenüber der Familienversicherung vorrangigen Versicherungspflicht unterliegen, nach dem Ende des Waisenren-

tenbezugs den Kindern mit Behinderungen gleichgestellt, die keine Waisenrente bezogen.

Bei Vorliegen der neuen Voraussetzungen ist die Familienversicherung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes auch für alle bisher freiwillig (oder privat) Versicherten durchzuführen; die freiwillige Mitgliedschaft endet dann unter den Voraussetzungen des § 191 Nr. 3 SGB V.

2.3 Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln

Die Änderung des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sieht vor, dass zur Feststellung der weiteren Anspruchsvoraussetzung für die Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern nicht mehr ausschließlich auf den vom Mitglied zu leistenden überwiegenden Unterhalt, dessen Feststellung in der Praxis oft mit erheblichem Aufwand verbunden ist, abzustellen ist, sondern dass diese alternativ auch durch das Merkmal der Aufnahme des Kindes in den Haushalt des Mitglieds erfüllt werden kann.

Näheres hierzu wird in den Grundsätzlichen Hinweisen „Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder“, die in Vorbereitung sind, beschrieben.

3. Beitragsfreiheit für Personen, die eine Waisenrente beantragen (Artikel 1 Nr. 86)

Mit der Ergänzung des § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V durch die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V werden auch die Waisen, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr vollendet haben und ohne die Rentenantragstellermitgliedschaft familienversichert wären, bereits in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt.

Die Änderung entfaltet ihre Wirkung auch in den Bestandsfällen ab dem Tag des Inkrafttretens und damit ab 11. Mai 2019.

4. Erhebung von Beiträgen auf Nachzahlungen von Renten oder Versorgungsbezügen (Artikel 1 Nr. 87)

Die Beiträge auf Nachzahlungen von Renten oder Versorgungsbezügen in der freiwilligen Krankenversicherung sind mittels eines Bescheides der Krankenkasse zu erheben. Dies gilt in bestimmten Fallkonstellationen für versiche-

versorgungspflichtige Mitglieder entsprechend (z. B. bei Renten und Versorgungsbezügen aus dem Ausland). Die Voraussetzungen des § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X für eine rückwirkende Aufhebung des Beitragsbescheides als Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sind in den vorliegenden Fällen dann nicht gegeben, weil bereits ein für das Mitglied günstigerer Beitragsbescheid vorliegt. Diese Diskrepanz zwischen materiellem Recht und Verfahrensrecht wird durch eine ausdrückliche Bestimmung in § 228 Abs. 2 Satz 3 SGB V (in Verbindung mit den Verweisvorschriften § 229 Abs. 2 SGB V und § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V) beseitigt, wonach ein derartiger Beitragsbescheid abweichend von § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben ist.

5. Beitragsfreiheit von Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Artikel 1 Nr. 89)

Durch Ergänzung des § 237 Satz 3 SGB V werden innerhalb der Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung zusätzlich zu den bereits bisher beitragsfreien Waisenrenten/-leistungen auch Leistungen an Waisen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, also insbesondere aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des verstorbenen Elternteils, beitragsfrei gestellt. Voraussetzung für die Beitragsfreiheit ist ebenfalls, dass für die Waise Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V besteht, was den Bezug einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer entsprechenden Leistung aus der berufsständischen Versorgung voraussetzt.

Hinterbliebenenleistungen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, die vom verstorbenen Elternteil abgeleitet werden, haben ebenso die Funktion, den wegfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes zu kompensieren und sind insofern den beitragsfreien Hinterbliebenenleistungen gleichzustellen.

Von einer allgemeinen Erstreckung der Beitragsfreiheit auf alle Waisenrenten/-leistungen, von der insbesondere auch die Renten der betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V erfasst würden, hat der Gesetzgeber abgesehen.

Da aus der Meldung des Versorgungsbezuges im Zahlstellen-Meldeverfahren die Art des Versorgungsbezuges nicht hervorgeht, muss der Nachweis des Bezuges einer Waisenversorgung im Sinne des § 237 Satz 3 SGB V auf andere

Weise, z. B. durch Vorlage eines geeigneten Nachweises der jeweiligen Zahlstelle, gegenüber der Krankenkasse geführt werden.

Die Änderung wird für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in § 45 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 nachvollzogen (Artikel 16 Nr. 2).

6. Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen (Artikel 1 Nr. 90)

6.1 Zahlstellenverfahren

Mit der Änderung des § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird das sog. Zahlstellenverfahren, also der Einbehalt der Beiträge aus laufenden Versorgungsbezügen und die Zahlung der Beiträge an die zuständige Krankenkasse unmittelbar durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge, nicht mehr nur für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, sondern für alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher vorgesehen. Dies dient einem möglichst bürokratiearmen und wirtschaftlichen Beitragseinzug unter Nutzung der etablierten Prozesse des Zahlstellenverfahrens und Zahlstellen-Meldeverfahrens. Versorgungsbezieher, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, werden aus verwaltungspraktischen Gründen von dem Verfahren ausgenommen.

Die Änderung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft. Für die versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher, die durch die gesetzliche Änderung in das Zahlstellenverfahren einbezogen werden, haben die Krankenkassen die Beitragsabführungspflicht mit einer Meldung gegenüber der Zahlstelle anzuzeigen (Näheres dazu vgl. Ergebnismitschrift der Fachkonferenz Meldungen am 16. Oktober 2018, Top 5). Vorteilhaft wäre es, die Beitragsabführungspflicht so frühzeitig zum 1. Juli 2019 zu melden und den Beitragsbescheid entsprechend so frühzeitig aufzuheben bzw. zu ändern, dass es zu keiner temporären doppelten Beitragsbelastung für den Versorgungsbezieher und damit zu keiner Beitragserstattung kommt.

6.2 Abschaffung der Ausnahme für kleinere Zahlstellen

Die Ausnahmeregelung des § 256 Abs. 4 SGB V, wonach sich Zahlstellen mit regelmäßig weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsbeziehern von der Beitragsabführungspflicht bzw. vom Zahlstellenverfahren befreien lassen können, ist gestrichen worden. Aufgrund der heutigen technischen Möglich-

keiten ist es auch kleineren Zahlstellen zumutbar, Beiträge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen und Beitragsnachweise an die Krankenkasse auf elektronischem Weg zu übermitteln.

Diese Änderung tritt ebenfalls am 1. Juli 2019 in Kraft. Die betroffenen Zahlstellen sind von den Krankenkassen zu informieren, dass für sie die Freistellung vom Zahlstellenverfahren endet. Außerdem haben die Krankenkassen für jeden versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher, der durch die gesetzliche Änderung in das Zahlstellenverfahren einbezogen wird, die Beitragsabführungspflicht mit einer Meldung gegenüber der Zahlstelle anzuzeigen (Näheres dazu vgl. Ergebnismündung der Fachkonferenz Meldungen am 16. Oktober 2018, Top 5). Auch in diesen Fällen wäre es vorteilhaft, die Beitragsabführungspflicht so frühzeitig zum 1. Juli 2019 zu melden und den Beitragsbescheid entsprechend so frühzeitig aufzuheben bzw. zu ändern, dass es zu keiner temporären doppelten Beitragsbelastung für den Versorgungsbezieher und damit zu keiner Beitragserstattung kommt.

Mit der Änderung in § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 entfällt die Ausnahmeregelung auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (Artikel 16 Nr. 3).

7. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten von der Teilnahme am AAG-Verfahren ausgenommen (Artikel 5)

Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Abs. 1 SGB IX haben gegenüber ihren Arbeitgebern einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, auf Mutterschutzlohn sowie auf einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld. Bislang mussten die Arbeitgeber daher für diese Personen im U1-Verfahren und U2-Verfahren Umlagen zahlen. Die Arbeitgeber hatten ihrerseits einen Erstattungsanspruch für die aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit oder der Mutterschaft gezahlten Aufwendungen (vgl. Ziffer 1.4 der Grundsätzlichen Hinweise zum Ausgleichsverfahren der Arbeitgeberaufwendungen vom 7. November 2017).

§ 11 Abs. 2 Nr. 4 AAG regelt nunmehr, dass die Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten von der Teilnahme am AAG-Verfahren ausgenommen sind. Der Gesetzgeber hält gemäß der Gesetzesbe-

gründung unter Hinweis darauf, dass diese Personen in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen und statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag haben sowie statt eines Arbeitsentgelts ein Werkstattentgelt erhalten, ihre Teilnahme am AAG-Verfahren nicht für erforderlich. Folglich sind von den Arbeitgebern für diesen Personenkreis keine U1- und U2-Umlagen mehr abzuführen; die erbrachten Arbeitgebераufwendungen sind im Gegenzug nicht mehr erstattungsfähig.

Die Neuregelung ist rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Sofern Arbeitgeber für Zeiten nach dem 31. Dezember 2017 U1- und/oder U2-Umlagen für die Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten gezahlt haben, kommt grundsätzlich eine Erstattung der zu Unrecht gezahlten Umlagen nach Maßgabe des § 26 Abs. 2 SGB IV in Betracht. Die Arbeitgeber haben dabei nach den – auch für die Umlagen nach dem AAG anwendbaren – Gemeinsamen Grundsätzen für die Auf- bzw. Verrechnung und Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung aus einer Beschäftigung entweder die Möglichkeit der antragsgebundenen Erstattung oder der Aufrechnung der zu Unrecht gezahlten Umlagen im Rahmen der laufenden Entgeltabrechnung. Es bestehen unsererseits keine Bedenken, wenn Arbeitgeber eine Aufrechnung in voller Höhe mit ggf. weiterhin abzuführenden Umlagen oder mit Gesamtsozialversicherungsbeiträgen auch in den Fällen vornehmen, in denen der Beginn des Erstattungszeitraums länger als sechs Kalendermonate zurückliegt. Die insoweit von den vorgenannten „Erstattungsgrundsätzen“ abweichende verfahrensweise halten wir angesichts des besonderen Erstattungsanlasses (rückwirkende Änderung der rechtlichen Verhältnisse) für sach- und praxisgerecht. Eine Aufrechnung scheidet auch nicht aus, wenn innerhalb des Erstattungszeitraums eine Prüfung beim Arbeitgeber stattgefunden hat.

Wurden dem Arbeitgeber für einen behinderten Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten von der Krankenkasse nach dem 1. Januar 2018 Arbeitgebераufwendungen nach dem AAG erstattet, sind die für Zeiten vor dem AAG-Erstattungszeitraum gezahlten Umlagen von der Erstattung generell ausgeschlossen. Für Umlagen, die für Zeiten von Beginn des AAG-Erstattungszeitraums an gezahlt wurden, kann der Arbeitgeber hingegen einen Antrag auf Erstattung bei der Krankenkasse stellen; eine Aufrechnung ist in diesem Fall allerdings nicht zulässig. Die Beurteilung, ob wegen der Inanspruchnahme von Leistungen (hier: Erstattung von Arbeitgebераufwendungen)

ein Erstattungsausschluss vorliegt, ist für die AAG-Verfahren jeweils getrennt vorzunehmen. So wirkt sich z. B. eine Erstattung von Arbeitgebераufwendungen im U1-Verfahren nicht auf die Durchführung der Erstattung/Aufrechnung von U2-Umlagen aus. Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass im Falle einer Leistungsgewährung ein Erstattungsausschluss für die vor dem Erstattungszeitraum gezahlten Umlagen eintritt, unabhängig davon, ob eine Erstattung oder Aufrechnung verlangt wird. Ein Verfahren, wonach die zu erstattenden Beträge um die im Erstattungszeitraum erhaltenen Leistungen (hier: Erstattung von Arbeitgebераufwendungen) zu mindern sind, ist nicht zulässig.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

