Spitzenverband

RUNDSCHREIBEN

RS 2021/402 vom 08.06.2021

Versicherungs- und beitragsrechtliche Änderungen durch das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG)

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Irina Riesen

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht
Tel.: 030 206288-1134
irina.riesen@gkv-spitzenverband.de

Holger Eckhardt

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht
Tel.: 030 206288-1136
holger.eckhardt@gkv-spitzenverband.de

Kurzbeschreibung: Wir informieren über die versicherungs- und beitragsrechtlichen Änderungen durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 28 vom 8. Juni 2021 wurde auf den Seiten 1309 ff. das

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege
(Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG)
vom 3. Juni 2021

verkündet. Das Gesetz ist als Anlage beigefügt.

Die für das Versicherungs- und Beitragsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung relevanten Änderungen sind nachfolgend dargestellt. Diese treten am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

1. Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

1.1 Regelungen für die Krankenversicherung

Mit dem neu eingeführten § 176 SGB V greift der Gesetzgeber die in der Vergangenheit wiederholt diskutierte Frage auf, ob die sogenannten Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen unter bestimmten Voraussetzungen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen sind. Nach Maßgabe des DVPMG werden jedenfalls solche Solidargemeinschaften eine entsprechende Anerkennung erfahren, die am 20. Januar 2021 (Tag des Kabinettbeschlusses) bereits bestanden haben und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurden.

Die Anerkennung setzt eine dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft voraus. Diese ist gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachzuweisen, das von einem unabhängigen Gutachter zu prüfen und zu testieren ist. Die Anerkennung erfolgt nach denselben Grundsätzen sowohl im Recht der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung.

Die Anerkennung der jeweiligen Solidargemeinschaft wird erteilt, indem das Bundesministerium für Gesundheit das Vorliegen des vorgenannten testierten Gutachtens bestätigt. Liegt diese Bestätigung vor, gilt jede einzelne Mitgliedschaft in der betroffenen Solidargemeinschaft kraft Gesetzes als eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Der jeweils einzelfallbezogenen Prüfung sowie eines förmlichen Feststellungsbescheides der Krankenkasse bedarf es daher nicht.

Die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften erfolgt zukunftsorientiert und wirkt frühestens mit der vorgenannten Bestätigung des Bundesministeriums für Gesundheit für die jeweilige Solidargemeinschaft. Die Regelung führt daher auch nicht zu einer Rückabwicklung von Versichertenverhältnissen. Die versicherungsrechtliche Beurteilung derartiger Mitgliedschaften in den vor der Anerkennung liegenden Zeiträumen richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

Im Hinblick auf die turnusmäßige Beantragung der Anerkennung gilt diese jeweils nur befristet. Erbringt die Solidargemeinschaft nach Ablauf von fünf Jahren den Nachweis des versicherungsmathematischen Gutachtens gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nicht erneut, entfällt die gesetzliche Anerkennung der Mitgliedschaften in dieser Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf den Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beschränkt. Laut Gesetzesbegründung erstreckt sich jedoch die Rechtswirkung der Anerkennung im Sinne des § 176 SGB V auf sämtliche SGB V-Rechtsvorschriften, die eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für den Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung voraussetzen (Bundestagsdrucksache 19/27652, Seite 110). Dies betrifft die Voraussetzungen einer Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung (§ 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V), die Austrittsmöglichkeiten bei dem Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V) sowie das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (§ 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Das Rückkehrrecht zur GKV nach dem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft besteht nach Maßgabe der allgemein gültigen Voraussetzungen unabhängig davon, aus welchem Grund die Mitgliedschaft bei der Solidargemeinschaft beendet wird. Dies schließt unter anderem eine Anwendung von § 6 Absatz 3a SGB V (Versicherungsfreiheit nach Vollendung des 55. Lebensjahres bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 12 SGB V) ein. Werden dagegen keine vorrangigen Versicherungstatbestände erfüllt, kommt bei Personen, die zuletzt vor der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft gesetzlich versichert waren, unabhängig von ihrem Lebensalter die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zur Anwendung.

Im Übrigen ist auch ein wiederholter Wechsel zwischen dem System der GKV und den Solidargemeinschaften – beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen – rechtlich nicht ausgeschlossen.

1.2 Regelungen für die Pflegeversicherung

1.2.1 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften

Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, nicht aber im Pflegefall leisten, werden für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften zwei neue Versicherungspflichttatbestände in der Pflegeversicherung eingeführt. Hierbei wird die Versicherungspflicht für Mitglieder von Solidargemeinschaften in der sozialen Pflegeversicherung durch die Einführung des § 21a SGB XI und in der privaten Pflege-Pflichtversicherung durch die Ergänzung des § 23 SGB XI um einen Absatz 4a nachvollzogen.

Nach dem Wortlaut des § 21a Absatz 1 SGB XI ist die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auf die Mitglieder beschränkt, die ohne Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllen würden. Diese Formulierung berücksichtigt jedoch nicht den Umstand, dass die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall auch bei Anwendung der §§ 8 Absatz 2 Satz 4, 175

Absatz 4 Satz 5 und 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V gilt. Vor diesem Hintergrund ist auf den Sinn und Zweck der §§ 21a Absatz 1 und 23 Absatz 4a SGB XI abzustellen und eine Abgrenzung danach vorzunehmen, ob die Mitglieder von Solidargemeinschaften ohne ihre Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung zuzuordnen wären. Wären sie ohne Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen, unterfallen sie der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 21a Absatz 1 SGB XI.

Die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gilt jedoch auf Grund ihres subsidiären Charakters als erfüllt, wenn die betroffene Person bereits in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist (§ 21a Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Ansonsten erhalten solche Mitglieder der Solidargemeinschaften, die während einer bereits bestehenden privaten Pflegeversicherung nach 21a Absatz 1 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, ein besonderes Kündigungsrecht hinsichtlich ihres privaten Pflegeversicherungsvertrags (§ 27 SGB XI).

Die Absicherung der Betroffenen in der Pflegeversicherung auf Grundlage der neuen Versicherungspflichttatbestände ist nur zukunftsbezogen nach dem Inkrafttreten der Neuregelung, frühestens jeweils mit der Bestätigung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Anerkennung der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, möglich. Die versicherungsrechtliche Beurteilung in den vor der Anerkennung liegenden Zeiträumen richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

1.2.2 Pflichten der Solidargemeinschaften

Die Solidargemeinschaften werden zur Kontrolle einer bestehenden Pflegeversicherung ihrer Mitglieder verpflichtet (§ 21a Absatz 2 SGB XI). Für den Fall, dass ein Mitglied der Pflicht zur Absicherung in der sozialen Pflegeversicherung nicht nachgekommen ist, hat die Solidargemeinschaft das Mitglied unverzüglich aufzufordern, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern und einen Nachweis darüber innerhalb von sechs Wochen vorzulegen. Die rechtlichen Instrumente zur Durchsetzung der Pflegeversicherungspflicht bei Personen, die das Bestehen des Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen haben, oder der – wie auch immer gearteten – Meldepflichten der Solidargemeinschaften an Dritte sind jedoch gesetzlich nicht vorgesehen.

1.2.3 Zuständige Pflegekasse

Die nach § 21a Absatz 1 SGB XI versicherungspflichtigen Mitglieder von Solidargemeinschaften können – wie alle sonstigen pflegeversicherungspflichtigen Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versichert sind – die zuständige Pflegekasse nach den allgemeinen Grundsätzen frei wählen (§ 48 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB XI).

1.2.4 Mitgliedschaft in der Pflegekasse

Die Regelungen über den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft bei der gewählten Pflegekasse für Mitglieder von Solidargemeinschaften entsprechen den allgemein gültigen Grundsätzen. Danach ist die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung an die Versicherungspflicht gekoppelt und beginnt an dem Tag, an dem die Versicherungspflicht eintritt, und endet mit dem Tod oder dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht entfällt (§ 49 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB XI).

1.2.5 Beitragspflichtige Einnahmen für die Pflegeversicherung

Bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften, die nach § 21a Absatz 1 SGB XI versicherungspflichtig sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 SGB V in Verbindung mit den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbands anzuwenden (§ 57 Absatz 4 Satz 1 SGB V). Demnach ist bei der Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen.

1.2.6 Beitragstragung für die Pflegeversicherung

Durch die Ergänzung des § 59 Absatz 4 Satz 1 SGB XI im Rahmen des DVPMG ist klargestellt, dass die nach § 21a Absatz 1 SGB XI versicherungspflichtigen Mitglieder von Solidargemeinschaften ihre Beiträge allein zu tragen haben.

1.2.7 Beitragszahlung für die Pflegeversicherung

Nach dem Grundsatz des § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Mit dieser Regelung ist die Beitragsschuldnereigenschaft der nach § 21a Absatz 1 SGB XI versicherungspflichtigen Mitglieder von Solidargemeinschaften definiert. Die Beiträge sind nach § 60 Absatz 3 Satz 1 SGB V an die Krankenkasse zu zahlen; diese sind unverzüglich an die jeweilige Pflegekasse weiterzuleiten.

1.2.8 Fälligkeit der Beiträge für die Pflegeversicherung

Die Beiträge werden spätestens am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

1.3 Anpassung der Grundsätzlichen Hinweise

Die Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom 14. Dezember 2018“ werden bei der nächsten Überarbeitung um die Ausführungen hinsichtlich der Anerkennung von Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ergänzt.

2. Verrechnung der Ansprüche des Rentenversicherungsträgers gegenüber dem Rentenbezieher bei rückwirkend eintretender Krankenversicherungspflicht mit dem Anspruch auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung

Bisher konnte die Krankenkasse in diesen Fällen mit Ermächtigung bzw. auf ein entsprechendes Ersuchen des Rentenversicherungsträgers den Anspruch auf Rückforderung des Zuschusses zur (freiwilligen) Krankenversicherung gegen den Rentenbezieher mit dem der Krankenkasse obliegenden Erstattungsbetrag auf der Grundlage des § 28 Nummer 1 SGB IV verrechnen.

Wegen der in § 255 Absatz 2 Satz 1 SGB V normierten Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers zur nachträglichen Einbehaltung der rückständigen Beiträge aus der weiterhin zu zahlenden Rente war bislang unklar, ob auch hinsichtlich dieses Versichertenanteils an den Beiträgen eine Verrechnung mit den zu erstattenden Beiträgen aus der freiwilligen Versicherung zulässig ist; dies erforderte bisher die ausdrückliche Zustimmung des Mitglieds bzw. Rentenbeziehers. Um in diesem Punkt Klarheit zu schaffen und die Verfahrensabläufe zu vereinfachen, sieht § 255 Absatz 2 Satz 2 SGB V vor, dass – unbeschadet der Verpflichtung nach Satz 1 dieser Vorschrift – die Krankenkasse (auch) den Anspruch auf Zahlung bzw. Einbehalt der rückständigen Pflichtbeiträge (gemeint ist der vom Rentenbezieher aus der Rente zu zahlende Versichertenanteil) mit dem ihr obliegenden Erstattungsbetrag (aus der freiwilligen Versicherung) nach § 28 Nummer 1 SGB IV verrechnen kann. Eine Zustimmung des Mitglieds bzw. Rentenbeziehers ist dafür nicht mehr erforderlich.

Diese Neuregelung findet in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung entsprechend Anwendung (§ 50 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989 und § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

Näheres zur Rechtslage und dem Verfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern ergibt sich aus der Niederschrift über die Besprechung des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund zur KVdR am 15. April 2021, die mit Rundschreiben 2021/355 vom 20. Mai 2021 bekanntgegeben wurde.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz

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