



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Entwurf eines Vierten Gesetzes
zur Bürokratieentlastung
(BEG IV)**

01.02.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Allgemeine Anmerkungen	3
Ergänzende Forderungen für das BürokratieentlastungsG IV	3
1. Vorgezogene Fälligkeit der GSV-Beiträge – Rückkehr zur alten Fälligkeit	3
2. Entbürokratisierung im Rahmen der Familienversicherung	4
3. Elektronisches Arbeitsunfähigkeits-Verfahren (eAU) – Automatisierte Weiterleitung der eAU über die Kassen an die Arbeitgeber	6

Allgemeine Anmerkungen

Ziel der Bundesregierung ist es, beim Bürokratieabbau reale Fortschritte zu erreichen, um den Staat handlungsfähiger und bürgerfreundlicher zu machen. Im Koalitionsvertrag wurde deshalb vereinbart, ein neues Bürokratieentlastungsgesetz auf den Weg zu bringen.

Mit dem hier vom BMJ vorgelegten Referentenentwurf eines vierten Bürokratieentlastungsgesetzes (BEG IV) soll das Leben der Bürgerinnen und Bürgern, der Wirtschaft und der Verwaltung erleichtert werden. In Vorbereitung dazu hat der Staatssekretärsausschuss „Bessere Rechtsetzung und Bürokratieabbau“, in dem alle Ministerien der Bundesregierung und das Bundeskanzleramt vertreten sind, im November 2022 eine Verbändeanfrage beschlossen, um Potenziale für die Reduzierung bürokratischer Belastungen zu identifizieren. Die im Januar 2023 gestartete Abfrage – ohne Beteiligung des Gesundheitsbereichs – und anschließende Aufbereitung der Ergebnisse nebst Zuordnung zu den einzelnen Ressorts (wie das BMG) wurde durch das Statistische Bundesamt durchgeführt. Des Weiteren hat das BMG die durch das GKV-FinStG in § 220 SGB V vorgegebenen Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen im November 2023 bekannt gegeben; wann dazu ein Gesetzesentwurf vorgelegt wird, ist nach dem Arbeitsplan des BMG 2024 indes noch ungewiss.

Vor diesem Hintergrund und da bereits im Referentenentwurf zum BEG IV auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Bezug genommen wird (siehe u. a. zu § 56 SGB II), weist der IKK e.V. – um eine **zeitnahe Abhilfe** bestehender Missstände zu beschleunigen – bereits in diesem Stellungnahmeverfahren exemplarisch auf Entlastungsoptionen für die Versicherten und Arbeitgeber in Ergänzung zum BEG IV hin.

Ergänzende Forderungen für das BürokratieentlastungsG IV

Das Erfordernis ergänzender Regelungen bzw. Abhilfe sehen die Innungskrankenkassen für das vorliegende Stellungnahmeverfahren insbesondere für drei Themenfelder:

1. Vorgezogene Fälligkeit der GSV-Beiträge – Rückkehr zur alten Fälligkeit

Seit 1. Januar 2006 sind die Sozialversicherungsbeiträge spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig. Der entsprechende Beitragsnachweis muss bis zum Beginn des fünftletzten Bankarbeitstages des Monats an die Krankenkasse übermittelt werden.

Dieses Verfahren wird von den Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen seit seiner Einführung zu Recht kritisiert. Hintergrund ist, dass zum Zeitpunkt der vorgezogenen Fälligkeit die endgültige Höhe der schlussendlich zu zahlenden Beiträge noch nicht abschließend geklärt ist. So müssen die Unternehmen die Summe zunächst schätzen, da mitten im laufenden Monat oft ungewiss ist, wie viele Arbeitsstunden und damit welche Zuschläge bis zum Ende des Kalendermonats tatsächlich anfallen. Die entsprechenden Schätzungen bedürfen daher in der Regel einer Korrektur, die insbesondere mittlere und kleinere Unternehmen zeitlich wie finanziell belastet.

Faktisch bedeutet die aktuelle Regelung für die Betriebe eine doppelte Lohnabrechnung – statt ursprünglich 12 Abrechnungen im Jahr müssen nunmehr in der Regel 24 Abrechnungen erfolgen. Die Kosten der Lohnabrechnung haben sich damit seit Einführung der Vorfälligkeitsregel nahezu verdoppelt. Eine Rückkehr zur alten Fälligkeitsregelung würde – neben der spürbaren Verbesserung der Liquidität – eine wesentliche bürokratische Entlastung für die Betriebe bedeuten (nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes von 2015 läge die finanzielle Erleichterung auf Basis der Daten 2015 bei ca. 17 Mio. Euro jährlich).

Die Innungskrankenkassen fordern daher, die vorgezogene Fälligkeit der GSV-Beiträge und die damit einhergehenden Liquiditätseinbußen sowie bürokratischen Belastungen zu beseitigen und zur gesetzlichen Regelung vor 2006 (Fälligkeit zu Monatsmitte im Folgemonat) zurückzukehren.

2. Entbürokratisierung im Rahmen der Familienversicherung

Die Familienversicherung ist ein wesentlicher Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt für die Familien eine wichtige soziale Absicherung dar. Die damit zusammenhängenden Prüf- und Nachweispflichten sind jedoch oft mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden, nicht immer nachvollziehbar und im Ergebnis teilweise für die Kassen sogar irrelevant. Aufwand und Nutzen stehen nicht im Einklang miteinander. Vordringlich gilt dies für Fallkonstellationen der jährlich vorzunehmenden Abfrage des familienrechtlichen Status der Familienmitglieder:

a. Prüfung „überwiegender Unterhalt“

Die Familienversicherung gilt auch in sog. Patchworkfamilien sowie für Stief- und Enkelkinder. Voraussetzung dafür ist, dass sie vom gesetzlich Hauptversicherten „überwiegend unterhalten“ werden oder in seinen Haushalt aufgenommen wur-

den. Lebt z. B. das Stief- oder Enkelkind getrennt vom Mitglied, hat die Krankenkasse die Tragung des überwiegenden Unterhalts durch das Mitglied zu prüfen, was oft mit zeitaufwendigen Nachfragen und Recherchen verbunden ist.

Die Innungskrankenkassen fordern daher, den insofern einschlägigen § 10 SGB V auf die heutige Lebenswirklichkeit "Patchwork-Familien" anzupassen und bei einem bestehendem Familienverbund die Prüfung zum „überwiegenden Unterhalt“ entfallen zu lassen.

b. Vereinheitlichung Einkommensgrenze Familienversicherung

Familienmitversicherte dürfen ihrerseits verdienen bzw. über ein Einkommen verfügen. Derzeit werden hierfür zwei Einkommensgrenzen angesetzt: 538 Euro bei einem Einkommen aus einem ausgeübten Minijob und 505 Euro bei einem anderen regelmäßigen Einkommen (z. B. Kapitaleinkünfte).

Da diese unterschiedlichen Einkommensgrenzen einen erhöhten Bürokratieaufwand für die gesetzliche Krankenversicherung erzeugen, sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine einheitliche Einkommensgrenze (orientiert am Minijob) aus.

c. Versicherung von Werkstudenten – Versicherungspflicht

Zeitaufwendige und komplizierte Nachforschungen sind auch im Hinblick auf die Eingruppierung von Werkstudenten erforderlich. Denn derzeit gilt: Ordentlich Studierende sind in Beschäftigungen während ihres Studiums in der Kranken- und Pflegeversicherung grds. versicherungsfrei (sog. Werkstudentenprivileg). Eine Versicherungspflicht besteht nur in der Rentenversicherung; ansonsten ist der Versicherungsschutz der Studierenden entweder über ihre studentische Krankenversicherung oder eben über eine beitragsfreie Familienversicherung gewährleistet. Letztere ist – wie bereits zu b. dargelegt – nur möglich, wenn die Einkommensgrenze 505 bzw. 538 Euro monatlich nicht übersteigt. Für das Werkstudentenprivileg in der Kranken- und Pflegeversicherung hat indes die Höhe des Arbeitsentgelts – sofern dieses regelmäßig über der Geringfügigkeitsgrenze liegt – keine Bedeutung. Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit der Werkstudenten ist hier vielmehr, dass die sog. 20-Wochenstunden-Grenze eingehalten wird (Schutz der Studienzeit).

Vor dem Hintergrund der insofern für die Statusbestimmung eines Werkstudenten oft komplizierten und langwierigen Recherche sprechen sich die Innungs-

krankenkassen dafür aus, dass diese bei Überschreiten der Einkommensgrenze regulär in der GKV versicherungspflichtig sind – ggfs. mit einer angepassten Entgelt- oder Zeitgrenze zur Finanzierung des Studiums.

d. Familienversicherung ohne Altersbegrenzung bei Versicherten mit Behinderung – Verzicht auf Prüfung

Zurzeit sind behinderte Kinder ohne Altersbegrenzung familienmitversichert, wenn sie außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Die konkreten Beschäftigungsmöglichkeiten behinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt sind hierbei mit zu berücksichtigen.

Auch die Prüfung dieser Voraussetzungen ist häufig mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Schon die Frage, wann behinderte Familienmitglieder außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, ist für Personen ohne medizinische Fachkenntnisse nicht leistbar, ausgestellte medizinische Atteste und Gutachten entsprechen oft nicht den gesetzlichen Vorgaben oder sind nicht eindeutig formuliert. Auch die Beurteilung konkreter Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt ist in vielen Fällen nur schwer zu leisten.

Unsere Forderung zur Bürokratieentlastung: Eine Familienversicherung ohne Altersgrenze wird ohne weitere Prüfung durchgeführt, wenn eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB von X, z. B. 50) vorliegt. Alternativ, wenn eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als sechs Monaten durch die deutsche Rentenversicherung (DRV) oder die Agentur für Arbeit per Bescheid bestätigt wird.

3. Elektronisches Arbeitsunfähigkeits-Verfahren (eAU) – Automatisierte Weiterleitung der eAU über die Kassen an die Arbeitgeber

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) löst das frühere Verfahren der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) zweistufig ab. Mit der ersten Stufe der Umsetzung (Arbeitnehmerverfahren seit 01.10.2021) wird die AU auf elektronischem Wege von der Arztpraxis an die Krankenversicherung übermittelt. In der Folgestufe (Arbeitgeberverfahren seit 01.01.2023) entfällt der Papiaerausdruck der AU für Arbeitgeber. Diese sollen die AU auf elektronischem Wege direkt bei den Krankenkassen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abrufen, sobald sich diese krankgemeldet haben.

In der Praxis erweist sich das Verfahren für Arbeitgebende als nur schwer praktikabel. Da es keine automatische Weiterleitung der eAU-Bescheinigung an den Betrieb gibt, wird der Informationsfluss zu einem Dauerärgernis. Die AU-geschriebenen Mitarbeiter gehen davon aus, dass die Meldung automatisch an die Arbeitgeber geht. Es entsteht eine Unschärfe in der Frage, ab wann und wie lange die AU bescheinigt wurde. Wann die Praxis die Bescheinigung an die Kassen übermittelt, ist nicht vorgegeben. Im Worst Case muss der Arbeitgeber also mehrfach eine Anfrage an das Portal durchführen.

Tatsächlich ist auch nach einem Jahr das eAU-Verfahren immer noch nicht ausreichend vereinheitlicht und führt insbesondere bei den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen zu keiner Verbesserung, sondern zum vermehrtem, häufig auch den betrieblichen Ablauf störenden Bürokratiemehraufwand. Im Januar 2023 wurden bundesweit über alle Kassenarten hinweg zu den von den Arztpraxen an die Krankenkassen übermittelten eAUs in 56,41 Prozent der Fälle Anfragen zum Abruf der eAU-Daten durch die Arbeitgebenden gestellt. Im Dezember 2023 lag die bundesweite Quote über alle Kassenarten bei 73,48 Prozent. Damit werden immer noch ca. ein Drittel der vorliegenden eAU von den Arbeitgebern nicht abgerufen.

Die Innungskrankenkassen fordern deshalb die zeitnahe Überprüfung aller Vorgänge bzw. Verzahnungen zum eAU-Verfahren mit dem Ziel, die derzeit insbesondere auf Arbeitgeberseite bestehenden Ursachen für zahlreiche Verzögerungen und bestehende technische Hemmnisse zu beseitigen.

Als mögliche Lösung wird hier eine *automatisierte Zustellung der eAU* an die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber über die Krankenkassen für zielführend erachtet. Aus unserer Sicht ist das Risiko, dass die AU-Meldung an den falschen, also vorhergehenden Arbeitgeber geht, zu vernachlässigen. Darüber hinaus wäre es aus Gründen der Fürsorge- und Aufsichtspflicht der Arbeitgeber wichtig, von einer AU-Schreibung von Mitarbeitenden zu wissen.

Ergänzend wird die Verknüpfung des eAU-Verfahrens mit dem Ausgleichsverfahren (AAG) angeregt. Hier könnte in Ergänzung ein automatisierter Antrag auf die Erstattung der U1 installiert werden.