

21.03.13

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Verordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Prüfverordnung sonstige Beiträge)**A. Problem und Ziel**

Gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Einzelheiten der Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V durch die mit der Prüfung nach § 274 Absatz 1 SGB V befassten Stellen (Prüfungseinrichtungen).

Diese Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V werden als „sonstige Beiträge“ bezeichnet; es handelt sich um sämtliche Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die von den gesetzlichen Krankenkassen eingezogen und an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden, die jedoch nicht Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags gemäß § 28d SGB IV sind (u. a. an die Krankenkassen zu zahlende Beiträge von hauptberuflich Selbständigen und von Studierenden).

Das Bundesversicherungsamt ist in seiner Funktion als Verwalter des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 SGB V dafür verantwortlich, die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Voraussetzung hierfür ist u. a., dass die Krankenkassen die sonstigen Beiträge ordnungsgemäß festsetzen, einziehen und weiterleiten. Um eine ordnungsgemäße Festsetzung, Einziehung und Weiterleitung der sonstigen Beiträge durch die Krankenkassen durchzusetzen, hat der Gesetzgeber in der Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Org-WG) vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) zum Ausdruck gebracht, dass dem Ordnungsgeber durch § 252 Absatz 5 SGB V weitere Sanktionsmöglichkeiten eröffnet werden, um auf drohende Einnahmeverluste im Gesundheitsfonds schnell reagieren zu können (vgl. Bundestagsdrucksache 16/10609, S. 61).

B. Lösung

Gemäß § 252 Absatz 5 SGB V regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Folgendes:

- das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Festsetzung, des Einzugs und der Weiterleitung der sonstigen Beiträgen nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V, auch abweichend von § 274 SGB V, sowie

- das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder der Bereitstellung nicht prüfbarer Daten durch die Krankenkassen.

Die vorliegende Rechtsverordnung bestimmt die Einzelheiten der Prüfungen sowie deren Folgen und hat ein einheitliches Vorgehen der Prüfungseinrichtungen bei der Prüfung der sonstigen Beiträge zum Ziel. Mit den Ergebnissen der Prüfungen verfügt das Bundesversicherungsamt über eine verlässliche Grundlage, schuldhaftes Pflichtverletzungen der Einzugsstellen feststellen und den daraus resultierenden Schadensersatz geltend machen zu können. Zugleich sind die Prüfungen darauf ausgerichtet, dass systematische Fehler bei der Festsetzung, beim Einzug und bei der Weiterleitung der sonstigen Beiträge behoben werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Es entstehen keine zusätzlichen Belastungen für die öffentlichen Haushalte.

2. Vollzugaufwand

Für die Verwaltung entsteht kein Vollzugaufwand, der über die Ermächtigungsgrundlage hinausgeht.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Die Zuständigkeit der Prüfungseinrichtungen nach § 274 Absatz 1 SGB V für die im Rahmen der Rechtsverordnung geregelte Prüfung der sonstigen Beiträge ergibt sich bereits aus § 252 Absatz 5 SGB V. Die Prüfung der Beitragsfestsetzung und des Beitragseinzugs gehörte bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds zur Prüfung nach § 274 SGB V. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde der Prüfumfang um die Prüfung der Beitragsweiterleitung erweitert. Der Prüfumfang erweitert sich auch durch die Feststellung des monetären Schadens, die bereits in der Gesetzesbegründung zu § 252 Absatz 5 SGB V angeführt ist, sowie durch den vierjährigen Prüfrhythmus entsprechend der Verjährungsfrist für Beitragsforderungen. Durch die Ausweitung des Prüfumfanges entsteht weiterer Erfüllungsaufwand für die Prüfdienste. Für den Prüfdienst des Bundes beim Bundesversicherungsamt ergibt sich hieraus ein Mehrbedarf von bis zu drei Stellen. Nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung kann der Personalbedarf genauer evaluiert werden. Sollte im Rahmen dieser Evaluation festgestellt werden, dass darüber hinaus Bedarf an Personal besteht, könnten zwei weitere Stellen genehmigt werden.

Durch die Pflicht zur Bereitstellung von Daten sowie durch die Auskunftspflicht im Rahmen der Prüfung entsteht Erfüllungsaufwand für die gesetzlichen Krankenkassen.

Insgesamt entsteht für die Verwaltung (Prüfungseinrichtungen und Krankenkassen) Erfüllungsaufwand in Höhe von 325.325 Euro pro Jahr. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil dieses Erfüllungsaufwands auch schon bisher durch die Prüfungen im Beitragsbereich nach § 274 SGB V anfällt.

Im Fall einer Hochrechnung entstünde für eine größere Krankenkasse, die von der Option auf Vollerhebung Gebrauch macht, Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 90.000 Euro, für eine kleinere Krankenkasse in Höhe von ca. 3.000 Euro.

F. Weitere Kosten

Es entstehen keine über die Ermächtigungsgrundlage hinausgehenden Kosten für die sozialen Sicherungssysteme und keine sonstigen Kosten für die Wirtschaft. Auswirkungen auf die Einzelpreise, das Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Bundesrat

Drucksache 231/13

21.03.13

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

**Verordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2
Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Prüfverordnung
sonstige Beiträge)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 20. März 2012

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Winfried Kretschmann

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Verordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch (Prüfverordnung sonstige Beiträge)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des
Grundgesetzes herbeizuführen.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Ronald Pofalla

Verordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

(Prüfverordnung sonstige Beiträge)

Vom ...

Auf Grund des § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Grundsätze

Die mit der Prüfung nach § 274 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen (Prüfungseinrichtungen) haben die Prüfung nach § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach einheitlichen Maßstäben durchzuführen.

§ 2

Gegenstand und Umfang der Prüfung

(1) Gegenstand der Prüfung sind die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (sonstige Beiträge) durch die Krankenkassen. Die Prüfung erfolgt als Stichprobenprüfung. Dabei wird der durch fehlerhafte Bearbeitung entstandene monetäre Schaden je Einzelfall ermittelt.

(2) Die Prüfungseinrichtungen legen die Kriterien für die Stichprobe und ihren Umfang nach Anhörung des Bundesversicherungsamtes und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fest. Die Prüfungseinrichtungen können Prüfungsschwerpunkte festlegen.

(3) Zusätzlich zur Stichprobenprüfung können in geeigneten Teilbereichen Prüfungen auf systematische Fehler in der Beitragsbearbeitung durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Prüfung auf systematische Fehler sind an die zuständige Aufsicht weiterzuleiten.

(4) Die Prüfungseinrichtungen prüfen jedes Haushaltsjahr.

(5) Jede Krankenkasse ist mindestens alle vier Jahre zu prüfen.

§ 3

Sonderprüfungen

Das Bundesversicherungsamt kann den Prüfungseinrichtungen Sonderprüfungen für einzelne Krankenkassen vorschlagen, sofern es einen begründeten Anlass dafür darlegt. Lehnen die Prüfungseinrichtungen den Vorschlag ab, ist die Ablehnung zu begründen.

§ 4

Durchführung der Prüfung

- (1) Die Prüfungseinrichtung führt die Prüfung in der Regel nach vorheriger Ankündigung durch.
- (2) Die Prüfungseinrichtung fordert von der Krankenkasse bei der Ankündigung der Prüfung die Daten an,
 1. aus denen die Stichprobe gezogen wird und
 2. die für die Prüfung auf systematische Fehler erforderlich sind.
- (3) Die Prüfungseinrichtung setzt der Krankenkasse eine Frist für die Übergabe der Daten. Die Krankenkasse übergibt der Prüfungseinrichtung die Daten innerhalb der gesetzten Frist.
- (4) Die Prüfungseinrichtung zieht die Stichprobe. Sie übermittelt der Krankenkasse acht Wochen vor der Prüfung eine Auflistung der für diese Prüfung ausgewählten Mitglieder und setzt der Krankenkasse eine Frist für die Übergabe der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen. Die Krankenkasse stellt der Prüfungseinrichtung die Unterlagen einschließlich personenbezogener Daten innerhalb der gesetzten Frist zur Verfügung.

§ 5

Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen

- (1) Die Prüfungseinrichtungen sind befugt, die für die Durchführung der Prüfung nach § 4 und die Erstellung des Prüfberichts und des Prüfbescheids nach § 6 erforderlichen, auch personenbezogenen Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
- (2) Die Prüfungseinrichtungen unterrichten das Bundesversicherungsamt bis zum 30. November eines Jahres über ihre Terminplanung in Bezug auf die Prüfungen, die für das Folgejahr vorgesehen sind.

§ 6

Prüfbericht, Prüfbescheid

- (1) Jede Prüfungseinrichtung, die eine Prüfung durchgeführt hat, hat das Ergebnis der Prüfung in einem schriftlichen Bericht (Prüfbericht) festzuhalten und diesen dem Bundesversicherungsamt zu übermitteln. In den Prüfberichten sind insbesondere auch die Gründe für die fehlerhafte Berechnung von Beiträgen für jeden Einzelfall zu nennen und die Höhe des Schadens zu berechnen.
- (2) Dem Prüfbericht soll ein Abschlussgespräch der Prüfungseinrichtung mit der Krankenkasse vorausgehen. Ergeben sich daraus Änderungen oder Ergänzungen, sind diese im Prüfbericht entsprechend zu berücksichtigen. Die Prüfungseinrichtung hat der Krankenkasse eine Kopie des Prüfberichts zu übermitteln.
- (3) Auf der Grundlage des Prüfberichts erteilt das Bundesversicherungsamt den Prüfbescheid und übersendet diesen der Krankenkasse. Im Prüfbescheid macht das Bundesversicherungsamt den monetären Schaden geltend, der sich aus der Prüfung sowie, soweit durchgeführt, aus der Hochrechnung nach § 7 (Korrekturbetrag) ergibt. Die Prüfungsein-

richtungen erteilen dem Bundesversicherungsamt auf Anfrage die notwendigen Auskünfte, die zur Erstellung des Prüfbescheids notwendig sind.

(4) Das Bundesversicherungsamt sowie die Prüfungseinrichtungen sind berechtigt, die von den Krankenkassen bereitgestellten Unterlagen und die Prüfberichte so lange aufzubewahren, bis das Prüfverfahren beendet und der Prüfbescheid bestandskräftig ist. Danach sind die Daten unverzüglich zu löschen.

(5) Die Prüfungseinrichtungen legen nach Anhörung des Bundesversicherungsamtes das Nähere zu Form und Inhalt der Prüfberichte fest.

§ 7

Hochrechnung der Prüfergebnisse

(1) Das Bundesversicherungsamt kann eine Hochrechnung der Prüfergebnisse vornehmen. In diesem Fall rechnet es den bei der Stichprobenprüfung nach § 2 Absatz 1 festgestellten monetären Schaden auf die der Prüfung zugrunde liegenden Gesamtheit der jeweiligen Mitgliedergruppe nach § 252 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dieser Krankenkasse hoch. Das Bundesversicherungsamt legt fest, dass eine Hochrechnung nur erfolgen, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(2) Das Bundesversicherungsamt macht den Korrekturbetrag, der sich aus der Hochrechnung ergibt, im Prüfbescheid nach § 6 Absatz 3 geltend.

(3) Das Nähere zum Hochrechnungsverfahren regelt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

§ 8

Korrektur der Hochrechnung durch Vollerhebung; Fristen

(1) Die Krankenkasse kann bei Zahlungspflicht des Korrekturbetrags die zugrunde liegende Beitragsfestsetzung, den Beitragseinzug sowie die Weiterleitung von Beiträgen im Hinblick auf den gesamten Versichertenbestand nach § 252 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen einer Vollerhebung korrigieren. Ob eine Vollerhebung durchgeführt wird, teilt sie dem Bundesversicherungsamt innerhalb von drei Monaten nach Zugang des Prüfbescheids nach § 6 Absatz 3 mit.

(2) Teilt die Krankenkasse mit, dass keine Vollerhebung durchgeführt wird, oder lässt sie die in Absatz 1 Satz 2 genannte Frist verstreichen, so gilt der im Prüfbescheid genannte Korrekturbetrag als endgültig festgesetzt. Anderenfalls beträgt die Frist zur Durchführung der Vollerhebung ein Jahr nach Zugang des Prüfbescheids.

(3) Stellt die Prüfungseinrichtung die ordnungsgemäße Korrektur fest, teilt sie dies dem Bundesversicherungsamt mit. Die Krankenkasse erhält den geleisteten Korrekturbetrag zurück. Anderenfalls gilt der im Prüfbescheid genannte Korrekturbetrag als endgültig festgelegt.

(4) Die Korrektur gilt als ordnungsgemäß durchgeführt, wenn die für die Prüfung der Krankenkasse zuständige Prüfungseinrichtung dies dem Bundesversicherungsamt auf Grund einer erneut gezogenen Stichprobe nach § 2 Absatz 1 bestätigt; die Stichprobe muss innerhalb von zehn Monaten nach der Vollerhebung gezogen worden sein.

§ 9

Mängelbehebung

Die Krankenkasse hat unverzüglich die bei der Prüfung festgestellten Mängel zu beheben und Vorkehrungen zu treffen, damit die festgestellten Mängel sich nicht wiederholen. Über die durchgeführten Maßnahmen sind die Prüfungseinrichtung und das Bundesversicherungsamt unverzüglich zu unterrichten.

§ 10

Verwendung des Korrekturbetrags

Der Korrekturbetrag fließt in den Gesundheitsfonds. Ein möglicher Zinsschaden, der sich aus der Differenz zwischen dem vorläufigen Korrekturbetrag und dem Ergebnis der Vollerhebung ergibt, verbleibt bei der Krankenkasse.

§ 11

Mitwirkungspflichten der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen bis zur Prüfung aufzubewahren und bei deren Beginn vorzulegen.

(2) Die Prüfungseinrichtungen können nach Anhörung des Bundesversicherungsamtes und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen.

(3) Die Krankenkassen haben ihre Aufzeichnungen entsprechend den Vorgaben der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung so zu führen, dass bei einer Prüfung ein Überblick über die formelle und sachliche Richtigkeit gewährleistet ist. Die Buchungen und Aufzeichnungen sind vollständig, richtig, in zeitlicher Folge und geordnet vorzunehmen; dies gilt auch bei Abrechnungsverfahren, die mit Hilfe automatischer Einrichtungen durchgeführt werden.

(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Darlegung der Kassen- und Rechnungsführung aufklärend mitzuwirken und bei Verfahren, die mit Hilfe automatischer Einrichtungen durchgeführt werden, die erforderlichen Darstellungsprogramme bereitzustellen und bei der Prüfung angemessene Hilfe zu leisten.

(5) Die Krankenkasse hat zur Durchführung der Prüfung die geeignete Infrastruktur, insbesondere einen geeigneten Raum oder Arbeitsplatz, sowie die erforderlichen Hilfsmittel und das erforderliche Personal kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sie hat den Prüferinnen und Prüfern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere des § 78a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, Zutritt zu einer Datenverarbeitungsanlage und Zugriff auf die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Daten zu gewähren.

§ 12

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit der Rechtsverordnung regelt das Bundesministerium der Gesundheit gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V. Diese Beiträge werden als sonstige Beiträge bezeichnet. Durch die Prüfungen wird sichergestellt, dass die Krankenkassen die sonstigen Beiträge ordnungsgemäß festsetzen, einziehen und an den Gesundheitsfonds weiterleiten.

Zugleich erhalten das Bundesversicherungsamt (BVA) in seiner Funktion als Verwalter des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 SGB V und die Prüfungseinrichtungen die Befugnisse, die für die Erledigung ihrer Aufgaben im Hinblick auf die sonstigen Beiträge notwendig sind. So verfügt das BVA mit den Ergebnissen der Prüfung über eine verlässliche Grundlage, um mögliche schuldhaftige Pflichtverletzungen der Einzugsstellen feststellen und den daraus resultierenden Schadensersatz verlässlich geltend machen zu können. Das BVA erhält durch die Prüfung ein Instrument, mit dem es die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Bereich der sonstigen Beiträge sicherstellen kann. Hierzu leisten die Prüfungseinrichtungen durch die Prüfung der Durchführung der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Beitragsweiterleitung einen entscheidenden Beitrag.

B. Besonderer Teil

Zu § 1

In § 1 wird den Prüfungseinrichtungen nach § 274 Absatz 1 SGB V auferlegt, die Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V (sonstige Beiträge) nach einheitlichen Maßstäben durchzuführen. Andere bisherige Prüfverfahren haben gezeigt, dass die Einheitlichkeit der Prüfkriterien im Hinblick auf die Rechtssicherheit der im Prüfbescheid (§ 6 Absatz 3) festgesetzten Zahlbeträge von hoher Bedeutung ist.

Die Kostentragung für die Prüfung ergibt sich aus § 274 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V.

Zu § 2

Zu Absatz 1:

Ziel der Prüfung ist es, die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Dies wird erreicht durch den Ausgleich des Einnahmenverlustes, der dem Gesundheitsfonds durch das fehlerhafte Handeln der Krankenkassen entstanden ist. Die Prüfung umfasst daher die Festsetzung, Einziehung und Weiterleitung der sonstigen Beiträge sowie alle Mitglieder nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V. Aufgrund der großen Zahl der Mitglieder wird die Prüfung auf Stichproben begrenzt, weil aus wirtschaftlichen und praktischen Gründen eine Prüfung der Daten für die Gesamtheit der Mitglieder nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V sehr aufwändig wäre.

Um Schadensersatz geltend machen zu können und damit die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen, wird der monetäre Schaden, der durch fehlerhafte Beitragsbearbeitung entstanden ist, je geprüftem Einzelfall ermittelt.

Zu Absatz 2:

Die Prüfungseinrichtungen legen die Kriterien für die Auswahl der Stichprobe fest. Hierzu gehören auch Umfang und Zusammensetzung der Stichprobe. Dabei können die unterschiedliche Größe der Krankenkassen sowie die unterschiedliche Anzahl der Versicherten nach § 252 Abs. 2 Satz 2 SGB V berücksichtigt werden. Vor der Festlegung der Stichprobenmethodik sind das BVA und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen anzuhören, um sicherzustellen, dass die fachlichen Belange des BVA hinsichtlich der Geltendmachung des Schadensersatzes sowie die der Krankenkassen hinsichtlich der Durchführung der Prüfung berücksichtigt werden können. Die Stichprobenmethodik kann in der Prüfungspraxis zwischen den Prüfungseinrichtungen abgestimmt werden, damit die Vergleichbarkeit der Stichproben gewährleistet ist.

Die Prüfungseinrichtungen können Prüfschwerpunkte festlegen, die sich z. B. auf die verschiedenen Mitgliedergruppen wie hauptberuflich Selbständige oder Studierende oder auf die verschiedenen Beitragsarten wie z. B. Versorgungsbezüge beziehen können.

Zu Absatz 3:

Um auch Fehler zu identifizieren, die sich erwartungsgemäß nicht nur auf Einzelfälle beschränken, sondern eine große Zahl an Fällen betreffen (z. B. eine fehlende regelmäßige Überprüfung der Beitragsbemessungsgrundlage), können in geeigneten Teilbereichen Prüfungen im Hinblick auf systematische Fehler durchgeführt werden. Ein Fehler besteht, wenn die Krankenkasse im Rahmen der Beitragsbearbeitung gegen geltendes Recht verstoßen hat. Geltendes Recht beinhaltet neben Gesetzen und Rechtsverordnungen auch Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Rahmen von § 217f Absatz 3 SGB V (z. B. die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sowie die Beitragserhebungsgrundsätze). Als Teilbereiche sind jeweils die Bereiche Beitragsfestsetzung, Beitragseinzug und Beitragsweiterleitung zu verstehen. Die Feststellungen sind an die Aufsicht weiterzuleiten. Auf diese Weise wird die Krankenkasse zur systematischen Behebung der Fehlerquellen angehalten. Dadurch sollen zukünftig die korrekte Festsetzung, Einziehung und Weiterleitung der sonstigen Beiträge gewährleistet und somit die Einnahmen des Gesundheitsfonds sichergestellt werden. Auch der Gesetzgeber hat in seiner Begründung zur Verordnungsermächtigung im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Org-WG) darauf hingewiesen, dass dem Ordnungsgeber weitere Sanktionsmöglichkeiten eröffnet sind, um auf drohende Einnahmeverluste im Gesundheitsfonds reagieren zu können (vgl. Bundestagsdrucksache 16/10609, S. 61). Die Prüfungen auf systematische Fehler sind mit den Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 SGB V abzustimmen.

Zu den Absätzen 4 und 5:

Um das Ziel der Prüfung, die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen, zu erreichen, ist jedes Haushaltsjahr zu prüfen. Der maximale Prüfrhythmus von 4 Jahren entspricht der Verjährungsfrist für Beitragsforderungen. Gleichzeitig erhalten die Prüfungseinrichtungen Gestaltungsspielraum bei der Festlegung des Prüfrhythmus, um bei der Prü-

fungsplanung die eigenen Personalressourcen berücksichtigen und gleichzeitig die zeitliche Belastung der Krankenkassen auch im Hinblick auf andere Prüfungen so gering wie möglich halten zu können.

Zu § 3

Diese Regelung gestattet dem BVA, bei Auffälligkeiten in bestimmten Fällen den Prüfungseinrichtungen die Durchführung von Sonderprüfungen vorzuschlagen. Das BVA hat seinen Vorschlag zu begründen. Die Prüfungseinrichtungen haben eine Ablehnung des Vorschlags zu begründen.

Zu § 4

Zu Absatz 1:

Die Prüfungseinrichtungen haben der jeweiligen Krankenkassen den Zeitpunkt der Prüfung in der Regel im Vorfeld anzukündigen. Damit wird sichergestellt, dass die Krankenkassen im Hinblick auf die geplante Prüfung ausreichend Zeit erhalten, die Prüfung organisatorisch vorzubereiten. Dies betrifft insbesondere die Zusammenstellung der für die Prüfung erforderlichen Daten und Unterlagen..

Zu den Absätzen 2 und 3:

Das Verfahren des Anforderns und der Vorlage von Daten und Unterlagen, die für die Prüfung erforderlich sind, wird im Grundsatz dargestellt. Die Prüfungseinrichtung hat den Krankenkassen eine Frist für die Übergabe der Daten und Unterlagen zu setzen. Die Krankenkassen haben die Unterlagen innerhalb der Frist vorzulegen. Seitens der Prüfungseinrichtungen ist sicherzustellen, dass die Frist so gewählt ist, dass die Krankenkassen ausreichend Zeit für die Zusammenstellung der Unterlagen zur Verfügung haben.

Zu Absatz 4:

Der Absatz regelt die Ziehung der Stichprobe sowie die Pflichten der Krankenkasse bei der Bereitstellung der Unterlagen entsprechend der Stichprobe. Zu diesen Unterlagen können auch personenbezogene Daten, insbesondere einkommensbezogene Daten, gehören.

Zu § 5

Zu Absatz 1:

Absatz 1 befugt die Prüfungseinrichtung, Unterlagen im Rahmen der Prüfung zu vervielfältigen und zu speichern. Die Regelung dient u. a. der datenschutzrechtlichen Klarstellung. Die datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB X sind zu beachten.

Zu Absatz 2:

Da das BVA für die eigene Arbeitsplanung über den Zeitplan der Prüfungen unterrichtet sein muss, regelt diese Vorschrift die informatorische Übersendung einer Terminplanung durch die Prüfungseinrichtungen an das BVA.

Zu § 6

Zu Absatz 1:

Absatz 1 regelt die Erstellung und Übermittlung der Prüfberichte, die die Grundlage für den Prüfbescheid bilden, in dem der Korrekturbetrag geltend gemacht wird.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 regelt, dass im Anschluss an die Prüfung ein Prüfungsgespräch durchgeführt werden soll. Damit haben die Krankenkassen die Möglichkeit Rückfragen zu stellen und Erläuterungen zu den Prüfergebnissen zu erhalten, um besser adäquate Maßnahmen zur Behebung von Mängeln ergreifen zu können. Ergeben sich durch das Prüfungsgespräch Änderungen am Prüfergebnis, so ist der Prüfbericht entsprechend zu ergänzen. Der Krankenkasse ist eine Kopie des Prüfberichts zu übergeben, damit sie das Prüfergebnis nachvollziehen kann.

Zu Absatz 3:

Das BVA stellt den geltend zu machenden monetären Schaden sowie das Ergebnis einer etwaigen Hochrechnung auf der Grundlage des Prüfberichts als Korrekturbetrag fest. Es sendet den entsprechenden Prüfbescheid an die Krankenkasse als endgültiges Prüfergebnis. Der Korrekturbetrag fließt in den Gesundheitsfonds. Das BVA kann bei Klärungsbedarf Rücksprache mit der Prüfungseinrichtung halten und die notwendigen Informationen abfragen; dies gilt insbesondere, bevor das BVA im Einzelfall im Prüfbescheid von dem Ergebnis des Prüfberichts abweicht.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 regelt die Aufbewahrungsfristen für die Prüfungsberichte sowie für die Unterlagen, die den Prüfungsberichten zugrunde liegen. Die Regelung stellt sicher, dass die Unterlagen so lange aufbewahrt werden können, bis das Prüfverfahren beendet und der Prüfbescheid bestandskräftig ist. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind die Daten zu löschen, sobald der Prüfbescheid rechtskräftig ist.

Zu Absatz 5:

Form und Inhalt der Prüfberichte werden von den Prüfungseinrichtungen nach Anhörung des BVA festgelegt. Auf diese Weise werden die Belange des BVA hinsichtlich der Angaben, die für die Erstellung der Bescheide benötigt werden, berücksichtigt. In den Prüfberichten müssen zu jedem Einzelfall die Gründe für die fehlerhafte Berechnung von Beiträ-

gen dargelegt und die Höhe des Schadens berechnet werden. Die Prüfungseinrichtungen können Form und Inhalt der Prüfberichte untereinander abstimmen.

Zu § 7

Zu Absatz 1:

Das BVA kann eine Hochrechnung der Prüfergebnisse vornehmen, um auch einen weitergehenden Schaden, der sich über die Stichprobe hinaus erstreckt, geltend machen zu können. In diesem Fall erfolgt eine Hochrechnung des monetären Schadens, der aus nicht ordnungsgemäßer Beitragsbearbeitung entstanden ist. Dazu wird der in der Einzelfallprüfung festgestellte monetäre Schaden auf die Grundgesamtheit, die der Stichprobe zugrunde liegt, hochgerechnet. Wurde für die Prüfung ein Prüfschwerpunkt festgelegt, bezieht sich die Hochrechnung nur auf die Gesamtheit der Mitglieder des Prüfungsschwerpunkts. Mit dieser Möglichkeit wird für die Krankenkassen ein größerer Anreiz geschaffen, fehlerfrei zu arbeiten.

Im Fall der Hochrechnung wird nur der Schadensersatz aus der Hochrechnung und nicht der tatsächlich festgestellte Schaden geltend gemacht, um eine Doppelbelastung der Krankenkasse zu vermeiden.

Es handelt sich bei der Regelung um eine "Kann-Regelung". Eine Anwendung wird erst in Betracht kommen, wenn die notwendigen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Dies gilt insbesondere in den ersten Jahren nach Inkrafttreten der Verordnung, in denen gegebenenfalls zunächst Erfahrungswerte mit dem Prüfungsansatz gesammelt werden sollten. Auf dieser Grundlage kann dann die Möglichkeit von Hochrechnungen in geeigneten Bereichen geprüft und ggf. ausgestaltet werden. Grundsätzlich gilt, dass eine Hochrechnung nur in geeigneten Bereichen und nur dann vorgenommen werden kann, wenn die Prüfungseinrichtungen und das BVA eine einheitliche Stichprobenmethodik vereinbart haben. Im Fall einer Hochrechnung steht es im Ermessen des BVA, die Stichproben- und Hochrechnungsmethodik vorab in einem statistischen Gutachten zu prüfen.

Da im normalen Arbeitsablauf mit einer bestimmten Quote an unbeabsichtigten Fehlern zu rechnen ist, ist das BVA verpflichtet, eine bestimmte Quote an fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle festzulegen, bis zu der keine Hochrechnung erfolgt. Auf diese Weise wird vermieden, dass bereits bei einem unwesentlichen Fehleraufkommen eine Hochrechnung durchgeführt wird. Zugleich stellt dies die Gleichbehandlung der Krankenkassen sicher.

Zu Absatz 2:

Das Bundesversicherungsamt macht den Korrekturbetrag, der sich aus der Hochrechnung ergibt, im Prüfbescheid geltend.

Zu Absatz 3:

Das Nähere zum Hochrechnungsverfahren regelt das BVA nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die fachlichen Belange der Krankenkassen berücksichtigt werden.

Zu § 8

Zu Absatz 1:

Sieht die Krankenkasse den hochgerechneten Schaden seiner Höhe nach als nicht gerechtfertigt an, hat sie die Möglichkeit, in einer Vollerhebung die ordnungsgemäße Beitragsbearbeitung im Bereich der sonstigen Beiträge nachzuweisen. Sie teilt dem BVA innerhalb von drei Monaten nach Zugang des Prüfbescheids nach § 6 Absatz 3 mit, ob sie eine Vollerhebung durchführen wird. Ist die Hochrechnung auf einen Prüfschwerpunkt begrenzt, so ist auch die Vollerhebung auf diesen Prüfschwerpunkt zu beschränken.

Zu Absatz 2:

Der Absatz regelt die Frist für die Mitteilung der Krankenkasse, falls diese eine Vollerhebung durchführen will. Lässt sie die Frist verstreichen, so gilt der im Prüfbescheid genannte Korrekturbetrag als endgültig festgesetzt.

Zu den Absätzen 3 und 4:

Die Absätze regeln die mögliche Erstattung des Korrekturbetrags. Hat die Krankenkasse eine Korrektur durch Vollerhebung durchgeführt, so muss die Prüfungseinrichtung innerhalb von 10 Monaten nach der Vollerhebung erneut eine Stichprobe ziehen. Stellt die Prüfungseinrichtung bei der erneuten Prüfung eine ordnungsgemäße Korrektur der Fehler fest, so teilt sie dies dem BVA mit. Die Krankenkasse erhält dann vom BVA den Korrekturbetrag zurück. Stellt die Prüfungseinrichtung bei der erneuten Prüfung fest, dass keine ordnungsgemäße Korrektur erfolgt ist, gilt der im Prüfbescheid festgestellte Korrekturbetrag als endgültig festgesetzt.

Zu § 9

Die Regelung stellt sicher, dass alle festgestellten Fehler bereinigt werden. Dies gilt auch für Fälle, die nicht von der Stichprobe umfasst sind. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Fehler systematisch abgestellt und die Festsetzung, Einziehung und Weiterleitung der sonstigen Beiträge insgesamt langfristig verbessert werden. Die Krankenkasse hat darüber hinaus Vorkehrungen zu treffen, um zu vermeiden, dass sich die Mängel wiederholen.

Zu § 10

Der Korrekturbetrag fließt in den Gesundheitsfonds, so dass die entgangenen Einnahmen ausgeglichen werden. Ein möglicher Zinsschaden, der sich aus der Differenz zwischen dem vorläufigen Korrekturbetrag und dem Ergebnis der Vollerhebung ergibt, verbleibt bei der Krankenkasse.

Zu § 11Zu Absatz 1:

Absatz 1 gewährleistet, dass die Krankenkassen die für die Prüfung notwendigen Unterlagen zur Verfügung halten und im Rahmen der Prüfung vorlegen. Dies kann dazu führen, dass die Unterlagen auch über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus werden müssen.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 ermächtigt die Prüfungseinrichtungen, nach Anhörung des BVA und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Auf diese Weise kann der Datentransfer zwischen den Krankenkassen und den Prüfungseinrichtungen vereinfacht werden.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 regelt, dass die Unterlagen nach der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) so zu führen sind, dass bei einer Prüfung ein Überblick über die formelle und sachliche Richtigkeit gewährleistet ist. Nach § 10 SVRV sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten; Buchungen und Aufzeichnungen sind vollständig, richtig, zeitgerecht, geordnet und nachprüfbar vorzunehmen.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 stellt sicher, dass die Krankenkassen bei der Darlegung der Kassen- und Rechnungsführung aufklärend mitwirken und die Prüfungseinrichtungen bei Verfahren, die mit Hilfe automatischer Einrichtungen durchgeführt werden, die erforderlichen Darstellungsprogramme sowie angemessene Hilfe erhalten.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 stellt sicher, dass die Prüferinnen und Prüfer vor Ort über angemessene Arbeitsbedingungen einschließlich der erforderlichen EDV-Unterstützung mit den notwendigen Zugangsberechtigungen verfügen.

Zu § 12

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Anlage

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:
NKR-Nr. 2315: Rechtsverordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2
Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o. g. Verordnung geprüft.

1. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Kein Erfüllungsaufwand
Wirtschaft	Kein Erfüllungsaufwand
Verwaltung	
Jährlicher Erfüllungsaufwand	Rund 325 Tsd. Euro
Einmaliger Aufwand	Im Fall einer Vollerhebung können nach modellhafter Schätzung des Ressorts für kleine Krankenkassen rund 3 Tsd. Euro, für große Krankenkassen rund 90 Tsd. Euro anfallen
Die Geltendmachung eines Schadens durch die Prüfdienste aufgrund Hochrechnung kann dazu führen, dass sich die betroffene Krankenkasse auf Basis einer Vollerhebung exkulpieren will. Diese Vollerhebung kann im Einzelfall zu erheblichem Erfüllungsaufwand führen. Eine Hochrechnung sollte daher nur ultima ratio sein. Darüber hinaus hat der NKR keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.	

2. Im Einzelnen

Durch die vorliegende Verordnung soll das Verfahren zur Prüfung der sonstigen Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V geregelt werden. Das Bundesversicherungsamt ist als Verwalter des Gesundheitsfonds für die Sicherstellung der Einnahmen verantwortlich. Es prüft die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die von den Krankenkassen eingezogen und an den Fonds weitergeleitet werden, die jedoch nicht bereits Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags sind. Diese Beiträge sind insbesondere Beiträge

von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Selbständigen (sog. „sonstige Beiträge“).

Unter anderem wird ein Verfahren eingeführt, den Schaden, der durch Fehler bei der Einzugsstelle der Krankenkasse entsteht, bei den Krankenkassen geltend zu machen. Hierzu kann das Bundesversicherungsamt auf Basis einer Stichprobenprüfung den Schaden hochrechnen. Die Krankenkasse soll die Möglichkeit bekommen, sich durch eine Vollerhebung zu exkulpieren. Eine derartige Vollerhebung kann im Einzelfall erhebliche Kosten verursachen. So könnte für eine große Krankenkasse mit rund 30 Tsd. Zahlern sonstiger Beiträge nach einer Schätzung des Ressorts in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt Aufwand in einer Größenordnung von rund 90 Tsd. Euro entstehen. Dies zeigt, dass eine Hochrechnung des Schadens durch die Prüfdienste ultima ratio sein sollte. Es sollten zunächst die Möglichkeiten zur Prüfung auf Fehler bei den Einzugsstellen ausgeschöpft werden.

Darüber hinaus hat der NKR keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatter