















Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung****(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1****Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 16 Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Sind Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse sie schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.“

2. In § 171b Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.
3. In § 171e Absatz 2a Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
4. § 188 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“

- bb) Im neuen Satz 5 wird das Wort „ständigen“ durch das Wort „gewöhnlichen“ ersetzt.

- cc) In den neuen Sätzen 6 bis 8 wird die Angabe „Satz 4“ jeweils durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

5. § 191 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
- b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.



„4. mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“

6. Dem § 240 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 aufgrund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die nach Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2 jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat sie die Beiträge des Mitglieds neu festzusetzen. Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung.“

7. Dem § 242 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse den nach § 260 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 maßgeblichen Betrag überschreiten.“

8. § 260 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht übersteigen. Auf Antrag einer Krankenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 50 000 Mitglieder verfügt, kann die zuständige Aufsichtsbehörde eine Obergrenze zulassen, die den Betrag nach Satz 1 übersteigt, soweit dies erforderlich ist.“

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die den Betrag nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 übersteigenden Mittel sind innerhalb der drei folgenden Haushaltsjahre schrittweise mindestens in Höhe eines Drittels des Überschreitungs Betrags pro Jahr durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu vermindern. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann die Frist nach Satz 1 auf Antrag der Krankenkasse um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.“

- c) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 nach Ablauf der Frist nach Absatz 2a den nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.“

(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem 1. Januar 2020 und nur dann anzuwenden, wenn der Risikostrukturausgleich gemäß § 268 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde.“

9. In § 261 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und darf höchstens das Einfache“ gestrichen.

10. Dem § 268 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“

11. § 271 Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sie darf einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 für das jeweilige Folgejahr abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.“

12. Folgender § 323 wird angefügt:

„§ 323

Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4

(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] nach Maßgabe der folgenden Absätze zu überprüfen und ihn bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen.

(2) Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 begründet wurden, sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

(3) Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die nach Absatz 2 aufgehoben wurden. Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen außerdem die Mitgliedschaften je Berichtsjahr, die die Kriterien des Absatzes 2 insoweit erfüllen, als die Mitglieder keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Datenmeldungen haben bis zum 15. Juni 2019 zu erfolgen. § 268 Absatz 3 Satz 3, 4, 7 und 9 gilt für die nach den Sätzen 1 und 2 zu meldenden Daten entsprechend. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, sofern dies für die Prüfung nach Absatz 5 erforderlich ist. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach Satz 1 für das Verfahren nach Absatz 4 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach den Sätzen 1 und 2 für die Prüfung nach Absatz 5 regelt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt oder die Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durch die Krankenkassen bereits abgegeben wurde, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Bereinigungsbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gilt entsprechend. Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet. Klagen bei Streitigkeiten nach diesem Absatz haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen überprüfen nach Abschluss der Bestandsbereinigung in einer Sonderprüfung, ob die Vorgaben nach den Absätzen 1 und 2 eingehalten worden sind, und teilen dem Bundesversicherungsamt und der Krankenkasse das Ergebnis ihrer Prüfung mit. Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grundlage dieser Mitteilung einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag in Höhe von 25 Prozent zu versehen ist, und macht diesen durch Bescheid geltend. Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2020 durchzuführen. Die Krankenkassen

sind verpflichtet, die Daten nach § 30 Absatz 2 Satz 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren.“

## Artikel 2

### Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
    - bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Personen, die als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.“
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird das Komma gestrichen.
    - bb) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
    - cc) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 8 nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit.“
2. § 10 Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.
3. § 240 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 2 werden die Wörter „vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste“ durch das Wort „achtzigste“ ersetzt.
  - b) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.
4. § 248 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.“
5. § 249 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Beschäftigte, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 13 versicherungspflichtig sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.“
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Beitragssatz“ die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt.
6. § 249a wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- b) In Satz 2 werden die Wörter „nach dem allgemeinen Beitragssatz“ gestrichen.
7. § 257 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Satz 1 gilt für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, deren Mitgliedschaft auf der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 beruht, entsprechend.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden nach der Angabe „§ 241“ die Wörter „zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a“ eingefügt.
- bb) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

### Artikel 3

#### Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nach den Wörtern „Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ werden die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 des Fünften Buches“ eingefügt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „§ 247 Satz 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden.“
2. In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches“ eingefügt.

### Artikel 4

#### Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 172c Absatz 1a Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.

### Artikel 5

#### Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 25 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, werden die Wörter „Abs. 1 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.

## Artikel 6

### Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

In § 7 Absatz 1a Satz 2 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.

## Artikel 7

### Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 8 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Ist das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse das Mitglied schriftlich darauf hinzuweisen, dass es im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen kann.“

2. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“

3. § 39 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt abweichend von Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

4. § 48 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige, die eine Rente im Sinne von § 228 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.“

5. Folgender § 66 wird angefügt:

#### „§ 66

##### Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3

(1) Die Krankenkasse hat ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] nach Maßgabe des Absatzes 2 zu überprüfen.

(2) Mitgliedschaften, die nach § 22 Absatz 3 begründet wurden, sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.“

## Artikel 8

### Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

In § 35a Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

## Artikel 9

### Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 153 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Beitragsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
  - b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. In § 16 Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „zuzüglich des“ das Wort „hälftigen“ eingefügt.

## Artikel 10

### Änderung des Soldatengesetzes

Das Soldatengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 99 folgende Angabe zu § 100 eingefügt:  
„§ 100 Übergangsvorschrift aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung“.
2. § 31 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:  
„(2) § 80 des Bundesbeamtengesetzes und die Bundesbeihilfeverordnung sind entsprechend anzuwenden auf
  1. Soldatinnen und Soldaten, die Anspruch auf Dienstbezüge oder Ausbildungsgeld haben oder Elternzeit in Anspruch nehmen, und
  2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Versorgungsbezüge nach Abschnitt II des Zweiten Teils des Soldatenversorgungsgesetzes oder nach § 42a oder § 43 des Soldatenversorgungsgesetzes.“
3. Folgender § 100 wird angefügt:

„§ 100

Übergangsvorschrift aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Auf die am 31. Dezember 2018 vorhandenen Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger ist § 31 Absatz 2 in der bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

## Artikel 11

### Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes

Das Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 90 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 12 wird durch die folgenden Angaben zu den §§ 11b und 12 ersetzt:

„b) Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung § 11b

c) Übergangsbeihilfe § 12“.

b) Folgende Angabe wird angefügt:

„18. Übergangsregelungen aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung § 106“.

2. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:

„§ 11b

#### Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung

(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührrnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebührrnissen einen Beitragszuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebührrnisse zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie nach

1. § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch pflichtversichert sind oder

2. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig versichert sind.

(2) Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte Empfängerinnen oder Empfänger von Übergangsgebührrnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs der Übergangsgebührrnisse einen Zuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen, soweit sie Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen. Der Anspruch erstreckt sich auch auf die Krankenversicherungsbeiträge für Angehörige, die bei Versicherung der Empfängerin oder des Empfängers von Übergangsgebührrnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch familienversichert wären. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Die Höhe des Zuschusses entspricht der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Zugrundelegung der Übergangsgebührrnisse als beitragspflichtige Einnahme. Ist der Beitrag zur privaten Krankenversicherung niedriger als der Beitrag, der auf Grundlage der Übergangsgebührrnisse als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten wäre, wird als Zuschuss höchstens die Hälfte des Betrages gezahlt, den die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Empfängerin oder der Empfänger von Übergangsgebührrnissen für seine private Krankenversicherung zu zahlen hat.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für einen Zeitraum, für den nach § 11 Absatz 7 Satz 1 des Soldatenversorgungsgesetzes Übergangsgebührrnisse nicht zustehen.“

3. Nach § 105 wird folgende Gliederungseinheit 18 angefügt:

„18.

Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 106

Auf die am 31. Dezember 2018 vorhandenen Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührrnissen ist das Soldatenversorgungsgesetz in der bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

## Artikel 12

### Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

In § 2 Absatz 2 Satz 1 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird das Wort „Übergangsgebührrnisse,“ gestrichen.

## Artikel 13

### Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 2, 3, 5, 7 Nummer 3 und 4 sowie Artikel 8, 9, 10, 11 und 12 treten am 1. Januar 2019 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.



## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten.

Das Gesetz zielt darauf ab, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden.

Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollen nach Ende ihrer Dienstzeit zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

#### II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Das Gesetz enthält folgende Maßnahmen:

##### 1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert. Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Rentenversicherung beteiligen sich somit hälftig an den Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz sowie hälftig an den bisher vom Mitglied allein zu tragenden Beiträgen nach dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz.

Die Umsetzung erfolgt zum 1. Januar 2019 aufgrund der notwendigen Vorlaufzeit für die zur Meldung verpflichteten Stellen (Krankenkassen, Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Rentenversicherungsträgern).

##### 2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die anhand der monatlichen Bezugsgröße jährlich angepasst wird und im Jahr 2018 bei 2 283,75 Euro liegt. Dies entspricht dem 30-fachen des 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße.

Durch die Veränderungen des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren hat sich auch die selbstständige Tätigkeit verändert. Viele Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer sind daher mit dem derzeitigen Mindestbeitrag überfordert. Um die bisherige jährliche Anpassung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage anhand der Bezugsgröße weiterhin zu gewährleisten wird in § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der maßgebliche Anteil zur Berechnung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Im Jahr 2018 würde dies einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1 141,88 Euro und einem durchschnittlichen Mindestbeitrag von 171,28 Euro entsprechen.

Die bestehenden Regelungen zur abweichenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Härtefälle und Existenzgründer (60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, 1 522,50 Euro pro Monat) werden entbehrlich, da diese Konstellationen bereits von der neuen deutlich darunter liegenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige abgedeckt werden.

Die Umsetzung erfolgt zum 1. Januar 2019, um die Betroffenen zeitnah zu entlasten.

### 3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Der überproportionale Anstieg der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen (bei freiwillig Versicherten im Dezember 2017 insgesamt 6,3 Milliarden Euro; monatlich etwa 120 Millionen Euro mehr) in den letzten Jahren ist weitgehend auf das Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung und der Einstufung zum Höchstbeitrag als Rechtsfolge der Nichtmitwirkung der betroffenen Person bei der Feststellung ihrer tatsächlich beitragspflichtigen Einnahmen durch Vorlage von Einkommensnachweisen zurückzuführen. Zur Lösung wird vorgeschlagen, die Begründung einer freiwilligen Versicherung über die obligatorische Anschlussversicherung auf Fälle geklärten Aufenthalts zu beschränken, einen Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften zu schaffen, wenn Mitglieder unauffindbar sind, sowie flexiblere Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden sollen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

### 4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler

Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen und einer erkennbar mangelnden Bereitschaft zahlreicher Krankenkassen, vorhandene Spielräume für Beitragssatzsenkungen im Sinne ihrer Versicherten zu nutzen, sind gesetzliche Maßnahmen nötig, die die Krankenkassen stärker als bisher veranlassen sollen, ihre Finanzreserven abzubauen und die Mitglieder über die Absenkung der Zusatzbeiträge zu entlasten. Dazu werden für die Finanzreserven der Krankenkassen und für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (analog zur gesetzlichen Rentenversicherung) gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und automatische Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung wieder zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden können. Die Abbaumechanismen greifen nach einer RSA-Reform ab dem Jahr 2020.

### 5. Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger

Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

### 6. Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührrissen nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.

#### Beitragsentlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden durch die Maßnahmen des Gesetzes mit einem Volumen von insgesamt etwa 8 Milliarden Euro jährlich entlastet. Davon entfallen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags rund 6,9 Milliarden Euro, auf die Entlastung der Selbstständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Milliarden Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen ab dem Jahr 2020 jährlich rund  $\frac{1}{2}$  bis  $\frac{3}{4}$  Milliarden Euro.

### III. Alternativen

Keine.

### IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung).

Die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zu den Soldatinnen und Soldaten folgt aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 8 des Grundgesetzes.

### V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

### VI. Gesetzesfolgen

#### 1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften in der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn Mitglieder unfindbar sind, die flexibleren Möglichkeiten der Beitragsfestsetzung bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen und die Bereinigung der Mitgliederbestände der Krankenkassen um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden.

#### 2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Das Gesetz zielt mit seinen beitragsrechtlichen Regelungen auf eine gemeinsame und gleichwertige Verantwortung von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern für die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Form paritätischer Beiträge und auf eine Beitragsentlastung von Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern und Selbstständigen mit geringem Einkommen.

Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung. Er entspricht insbesondere der Managementregel 10 der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, indem der soziale Zusammenhalt durch vorbeugende Maßnahmen gegen Armut und durch Beteiligung aller Bevölkerungsschichten an der wirtschaftlichen Entwicklung gestärkt wird.

#### 3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetz finanzielle Auswirkungen für Länder und Kommunen verbunden.

Parität

Der Bund als Arbeitgeber wird durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 30 Millionen Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem ergeben sich Mehrausgaben im Rahmen des Zuschusses des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in Höhe von jährlich rund 6 Millionen Euro. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes und der neuen Länder für die Aufwendungen aus der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Überführung der Ansprüche aus Zusatzversorgungssystemen werden im Jahr 2019 insgesamt rund 16 Millionen Euro (davon entfallen auf den Bund 6,8 Millionen Euro, auf die Länder 9,2 Millionen Euro) betragen. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes und der neuen Länder für die Aufwendungen der überführten und nicht überführten Versorgungsleistungen der Sonderversorgungssysteme der neuen Länder werden im Jahr 2019 insgesamt rund 9,5 Millionen Euro (davon entfallen auf den Bund rund 5,5 Millionen Euro, auf die Länder rund 4 Millionen Euro) betragen. Der Bund trägt gemäß § 215 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) das Defizit in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Durch die künftige paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes sind deshalb in der knappschaftlichen Rentenversicherung ab dem Jahr 2019 jährliche Mehrausgaben des Bundes in Höhe von etwa 40 Millionen Euro zu erwarten. Die Mehrausgaben des Bundes nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz sowie bei der knappschaftlichen Rentenversicherung sind im Einzelplan 11 aufzufangen. Die Mehrbelastungen des Bundes aus den Erstattungen für Ansprüche aus Zusatzversorgungssystemen sind im Einzelplan 11 und aus den Erstattungen für Ansprüche aus Sonderversorgungssystemen im Einzelplan 60 aufzufangen.

Durch die Änderung der Beitragsbemessung bei Renten und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte ergeben sich geringere Beitragseinnahmen. Dies führt beim Bundeszuschuss für die Anteilhaber in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu Mehrausgaben von weniger als 10 Millionen Euro jährlich, die im Einzelplan 10 aufzufangen sind. Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages führt zu einer Absenkung des Beitragssatzes der Mitglieder zur Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten und zu Beitragsmindereinnahmen ab dem Jahr 2019 von jährlich mindestens 20 Millionen Euro. Daraus können ab dem Jahr 2020 im Rahmen der Risikoausgleichsleistungen des Bundes zur Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten Mehrbelastungen in dieser Höhe für den Bund entstehen.

Die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge führt durch die Beitragssatzsenkung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu einem geringeren Sonderausgabenabzugsvolumen und damit zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer. Gleichzeitig führt diese Maßnahme zu zusätzlichen Betriebsausgaben bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, die zu Steuermindereinnahmen in ähnlicher Größenordnung führen.

Die Länder und Kommunen als Arbeitgeber werden durch die Einbeziehung bei der Tragung der Zusatzbeiträge jährlich um rund 500 Millionen Euro belastet.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben über ihren Beitragsanteil zur Krankenversicherung der Rentner durch die paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge folgende Mehrbelastungen zu tragen.

Jahr	2019	2020	2021	2022
	in Milliarden Euro			
Belastung der allgemeinen Rentenversicherung	1,4	1,4	1,5	1,5
Belastung der knappschaftlichen Rentenversicherung	0,04	0,04	0,04	0,04

Der Bundesagentur für Arbeit entstehen für die Beitragszahlung keine Mehraufwendungen.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat das Gesetz keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

#### Selbstständige

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung durch geringere Beitragseinnahmen für Selbstständige im Jahr 2019 Mindereinnahmen in Höhe von etwa 800 Millionen Euro.

Der sozialen Pflegeversicherung entstehen dadurch, dass die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auch bei ihr erfolgt, Mindereinnahmen von etwa 135 Millionen Euro.

Die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige führt durch das verminderte Sonderausgabenabzugsvolumen zu Steuermehreinnahmen bei der Lohn- und Einkommensteuer in einer Größenordnung von 100 Millionen Euro jährlich.

#### Finanzreserven











in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

Zu Nummer 6 (§ 240)

Die Neuregelung betrifft die Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der freiwilligen Mitglieder. Weisen diese ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht nach, müssen sie gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 Beiträge nach einem fiktiven Bemessungsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 und damit den Höchstbeitrag zahlen. Freiwillige Mitglieder sollen dadurch angehalten werden, die ihnen obliegende gesetzliche Pflicht, bei der Feststellung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch Vorlage von Einkommensnachweisen mitzuwirken, zu erfüllen. Wird der Nachweis niedrigerer Einnahmen nach bestehender Rechtslage nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Festsetzung des Höchstbeitrages erbracht, müssen diese Mitglieder Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 leisten, auch wenn dies nicht ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht. Nach bisheriger Rechtslage ist in diesen Fällen eine Änderung dieser Beitragseinstufung grundsätzlich nur für die Zukunft und nicht mehr für vergangene Zeiträume möglich. Nunmehr werden flexiblere Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfeststellung geschaffen.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 ermöglicht es dem freiwilligen Mitglied durch Nachweis geringerer Einnahmen die Festsetzung zum Höchstbeitrag für vergangene Zeiträume zu ändern. Die Krankenkassen haben bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung versehen, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Durch die Neuregelung erhält das Mitglied nunmehr die gesetzlich vorgesehene Option, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Zwangsfestsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einnahmen nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beitragslast für diese nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen. Damit soll vermieden werden, dass nur aufgrund eines zu engen Zeitfensters für die Nachreichung von Nachweisen „fiktive“ und häufig nicht realisierbare Beitragsschulden entstehen oder weiter aufgebaut werden. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben. Werden die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge nach Absatz 4a vorläufig festgesetzt, sind die dortigen Regelungen als speziellere Normen vorrangig anzuwenden.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung auf den Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder der Sozialhilfe nach SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse sollte zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und die Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. Die „hinreichenden Anhaltspunkte“ stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse eigenverantwortlich ausgelegt und angewandt werden muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen hierzu einheitliche Vorgaben abstimmen werden.

Die Regelung gilt zeitlich unbeschränkt und bezieht sich auf alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung. Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden und setzt für die Betroffenen Anreize, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben.

Zu Nummer 7 (§ 242)

Die Regelung sieht ein temporäres Verbot der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes vor und ergänzt damit die Neuregelungen in den §§ 260 und 261. Diese verpflichten die Krankenkassen, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, mit dem Ziel, diese zugunsten der Mitglieder über die Zusatzbeitragssätze abzubauen, wenn sie die nach § 260 Absatz 2 maßgebliche Obergrenze überschreiten. Die Krankenkassen dürfen nach

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Satz 4 daher ihre Zusatzbeiträge solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. Maßgeblich für die Prüfung der Aufsichtsbehörden, ob die definierte Obergrenze zum Zeitpunkt einer geplanten Zusatzbeitragsanhebung überschritten wird, sind die nicht für laufende Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage, die in den zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkasse gemäß § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV) ausgewiesen werden.

Mit der Regelung wird dem besonderen rechtlichen Charakter der Sozialversicherungsbeiträge Rechnung getragen. Das Bundesverfassungsgericht führte hierzu aus, dass sich Sozialversicherungsbeiträge „durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung“ auszeichnen (siehe hierzu und zum Folgenden BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005, Az. 2 BvF 2/01). Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge stellte das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich fest: „Die Beiträge sind gemäß § 220 Absatz 1 SGB V so zu bemessen, dass sie die vorgesehenen Ausgaben decken. Zu hohe Beiträge sind zwingend zu verringern, zu niedrige zu erhöhen (vgl. § 220 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 SGB V).“ Dieser Grundsatz gilt entsprechend für die Bemessung der Zusatzbeiträge (vgl. § 242 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Zu Nummer 8 (§ 260)

Zu Buchstabe a

Betriebsmittel sind nach § 81 des Vierten Buches in Verbindung mit § 260 kurzfristig verfügbare Mittel, die der Versicherungsträger zum Bestreiten seiner laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen bereithalten muss. Die hierfür verwendeten Betriebsmittel sollen nach derzeitigem Recht dabei grundsätzlich im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das 1,5-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe nicht übersteigen (§ 260 Absatz 2). Die Regelung ist bislang als Soll-Vorschrift ausgestaltet, so dass im Einzelfall Ausnahmen zulässig sein können. Dies hat in der Praxis dazu geführt, dass eine Reihe von Krankenkassen in zunehmendem Maße Finanzreserven vorhalten, die diesen Wert deutlich übersteigen, ohne diese zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge zu vermindern.

Die in § 260 vorgesehene Obergrenze ist in der Gesamtschau mit der Regelung in § 261, der die besonderen Grenzwerte für die Rücklagen bestimmt, als Obergrenze der nicht zur Bestreitung laufender Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklagen zu verstehen. Damit wird für die Obergrenze eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Die nach § 260 gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen bestehend aus Betriebsmitteln zuzüglich der Rücklagen wird auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Dadurch sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihre Finanzreserven deutlich stärker abzubauen als bisher. Die bislang geltende Obergrenze für Betriebsmittelreserve und Rücklagen in Höhe des 1,5-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe resultiert aus einer Zeit, in der die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen. Die bestehende Obergrenze entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf der Krankenkassen, um ihre konstante Leistungsfähigkeit sicherzustellen und wird daher auf einen Betrag des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben nach dem Haushaltsplan der Krankenkassen abgesenkt.

Für Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung können die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist. Erforderlichkeit liegt insbesondere dann vor, wenn die Krankenkasse Zusatzbeitragssätze unterhalb des Durchschnitts erhebt und dadurch bei weiterer Absenkung der Zusatzbeitragssätze dem Ausgabenrisiko sprunghafter erheblicher Mitgliederzuwächse und einer veränderten Risikostruktur der Versicherten ausgesetzt ist.

Zu Buchstabe b

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreitungsbeitrags. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift sieht vor, dass Krankenkassen, die ihre Finanzreserven entsprechend den vorgegebenen Fristen nach Absatz 2a nicht abgebaut haben und die nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen haben. Auf diese Weise sollen Krankenkassen mit ganz erheblichen Finanzreserven dazu gebracht werden, diese konsequent abzubauen, und ihren Zusatzbeitrag so festzusetzen, dass der Aufbau neuer Finanzreserven verhindert wird, um eine Auszahlung an den Gesundheitsfonds zu vermeiden. Nach erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen auch weiterhin die Vorgaben nach Absatz 2a zu beachten. Übersteigen die Finanzreserven erneut das 1,0-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe, hat die Krankenkasse nach Absatz 2a somit im Regelfall erneut drei Jahre Zeit, die Mittel abzubauen.

Die Finanzreserven sind auch Ergebnis des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein wesentliches Gestaltungselement dieses Wettbewerbs ist der Risikostrukturausgleich (RSA). Die Koalitionspartner haben vereinbart, den RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reform müssen für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar sein. Daher wird diese Verpflichtung erst ab dem 1. Januar 2020 angewendet und nur, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform nach § 268 Absatz 5 erfolgt ist.

Zu Nummer 9 (§ 261)

Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und den nicht zur Bestreitung laufender Ausgaben benötigten Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich.

Zu Nummer 10 (§ 268)

Das im November 2017 durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegte Sondergutachten zu den Wirkungen des RSA hat u. a. gezeigt, dass im RSA systematische Über- und Unterdeckungen auf Versichertengruppenebene bestehen. Eine ungleiche Verteilung dieser Versichertengruppen auf die Krankenkassen kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Darüber hinaus untersucht der Wissenschaftliche Beirat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit derzeit die regionale Verteilungswirkung des RSA. Auf der Grundlage dieser Gutachten ist der RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen.

Zu Nummer 11 (§ 271)

Durch die Regelung wird eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Das entspricht im Jahr 2018 rund 9 1/2 Milliarden Euro. Eine Obergrenze ist bislang gesetzlich nicht geregelt, vielmehr darf die Liquiditätsreserve lediglich eine Mindestreserve von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds (2018 rund 4,6 Milliarden Euro) nicht unterschreiten (§ 271 Absatz 2 Satz 3).

Durch die Regelung können eine unnötige Anhäufung überschüssiger Finanzmittel im Gesundheitsfonds vermieden, die Finanzmittel an die Krankenkassen zur Senkung der Zusatzbeiträge weitergegeben und Anlageverluste des Gesundheitsfonds in Niedrigzinsphasen reduziert werden. Die Regelung setzt voraus, dass die voraussichtliche Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen voraussichtlichen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre überschreitet. Maßgeblich hierfür ist die Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Folgejahr. Liegen die Voraussetzungen vor, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen. Somit steht mehr Geld für die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Verfügung und wirkt sich dämpfend auf die Höhe der zu erhebenden Zusatzbeiträge aus.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 12 (§ 323)

Die neue Übergangsvorschrift in § 323 dient dem Ziel, den Bestand an freiwilligen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 entstanden sind, im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen.

Die zum 1. August 2013 eingeführte obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4, wonach freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes und ohne die Mitwirkung der oder des Betroffenen begründet werden, hat zu „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Die Nichtmitwirkung eines freiwilligen Mitglieds bewirkt des Weiteren die Festsetzung von Höchstbeiträgen gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2. Es ist davon auszugehen, dass der seit dem Jahr 2013 zu beobachtende, dynamische Anstieg der Beitragsschulden der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen das Ergebnis des Zusammenwirkens aus der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung sowie Zwangseinstufungen zu Höchstbeiträgen ist. Dementsprechend ist anzunehmen, dass ein erheblicher Anteil der statistisch erfassten Beitragsschulden dieser Mitgliedergruppe „fiktiver“ Natur ist und nicht realisiert werden kann. Durch die rückwirkende Bestandsbereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften kann das derzeitige Niveau der Beitragsschulden erheblich reduziert und realistischer abgebildet werden. Fälle, in denen zunächst Kontakt zum Mitglied bestand und erst im Laufe der Mitgliedschaft abgebrochen ist, unterliegen nicht dieser Sonderregelung zur Bestandsbereinigung. Diese sind vielmehr unter den Voraussetzungen der neuen Nummer 4 in § 191 zu beenden.

Die Regelung umfasst neben den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens laufenden Mitgliedschaften auch solche nach § 188 Absatz 4 begründeten Mitgliedschaften, die vor Einführung der sogenannten Saisonarbeitnehmerregelung in § 188 Absatz 4 zwischen Zeiten der versicherungspflichtigen Beschäftigung entstanden sein können. Denkbar sind Fallkonstellationen, in denen eine saisonale Beschäftigung in Deutschland ausgeübt wurde und die damit einhergehende Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses und Rückkehr der oder des Betroffenen in ihr oder sein Heimatland zur Begründung von freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 geführt hat, die die Voraussetzungen des § 323 Absatz 2 erfüllen. Die bei erneuter Aufnahme der saisonalen Beschäftigung im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches erfolgende Arbeitgeberanmeldung stellt keinen Kontakt zum Mitglied im Sinne dieser Vorschrift dar. Die Aufhebung dieser Mitgliedschaftszeiten nach § 188 Absatz 4 hat für die Betroffene oder den Betroffenen keine belastende Wirkung. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 2 wird unter typisierender Betrachtung davon ausgegangen, dass während dieser Zeiten kein Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches gegeben war. Dem Grundsatz des räumlichen Geltungsbereichs der Regelung des SGB V entsprechend hätte grundsätzlich eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestanden. Aufgrund der weiteren Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht auch kein schutzwürdiges Interesse der oder des Betroffenen an diesen Mitgliedschaftszeiten. Insofern sind diese Zeiten zu bereinigen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt hat, noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt bereits nach dem Wortlaut voraus, dass die Leistung konkret und individuell für die Versicherte oder den Versicherten erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. An einem Kontakt zum Mitglied fehlt es insbesondere dann, wenn der Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht festgestellt werden konnte bzw. keinerlei Mitwirkung des Mitglieds erfolgt ist. Der Versand eines Schreibens beispielsweise zur Klärung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Verhältnisse stellt für sich genommen keinen Kontakt zum Mitglied dar. Vielmehr muss die Ermittlung, ob Zugangshindernisse (z. B. durch Wohnungswechsel, Ortsabwesenheit) im konkreten Einzelfall bestanden haben, nachweisbar sein (z. B. durch entsprechende Aktenvermerke). Dies ist für die Krankenkassen mit vertretbarem Verwaltungsaufwand feststellbar.

Diese Vorgaben stellen sicher, dass nur solche freiwilligen Mitgliedschaften aufzuheben sind, bei denen kein schutzwürdiges Interesse der Betroffenen am Fortbestand der Mitgliedschaft besteht. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend aufgehoben worden sein, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialrechts hat, geht damit für die Betroffene

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

Ist nach dieser Übergangsvorschrift in § 323 eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend aufzuheben, entfallen die insoweit entstandenen Beitragsschulden. Darüber hinaus sind die entsprechenden Versichertenzeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen. Die Krankenkassen haben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhalten, ohne dass diesen Zuweisungen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen durch die Versicherten gegenüberstand. Insofern sieht die Übergangsvorschrift auch die Korrektur von bereits erhaltenen Zuweisungen vor. Auch wenn dies teilweise für Zeiträume erfolgt, für die das BVA den korrigierten Jahresausgleich bereits durchgeführt hat, steht das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot einer Verpflichtung der Krankenkassen zur Zuweisungsrückzahlung nicht entgegen. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende Rückwirkungsverbot schützt in erster Linie die mit den Grundrechten verbürgte Freiheit des einzelnen Bürgers. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gelten die Grundrechte nicht für Krankenkassen, da diese nur organisatorisch verselbstständigte Teile der Staatsgewalt sind und der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung ausüben. Es fehlt ihnen die besondere Zuordnung zu dem durch die Grundrechte geschützten Lebensbereich. Die Krankenkassen können sich auch nicht außerhalb von Grundrechten auf Vertrauensschutz berufen, da ihnen die Verfassung eine eigenständige und unabhängige Stellung nicht zuweist, die hinsichtlich der durch das Rechtsstaatsprinzip geschützten Interessen der eines Grundrechtsträgers vergleichbar ist und entsprechenden Schutz genießt. Zudem ist die Zuweisungskorrektur auch im Hinblick auf vergangene Zeiträume die zwingende Folge der Bereinigung des Mitgliederbestandes. Mit der Übergangsvorschrift soll gerade rückwirkend der Zustand hergestellt werden, der ohne Begründung von „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hätte. Es wäre widersprüchlich, die Krankenkassen zur rückwirkenden Aufhebung von Mitgliedschaften, für die keine Ausgaben aufgrund von Leistungsanspruchnahme entstehen konnten, zu verpflichten, ihnen aber gleichzeitig die für diese Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen zu belassen. Der Gesetzgeber würde in diesem Fall eine erhebliche Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Krankenkassen, die eine Vielzahl von aufzuhebenden Mitgliedschaften in ihrem Bestand hatten, hinnehmen. Ein sachlicher Grund hierfür ist, insbesondere mit Blick auf den erheblichen Anstieg der Anzahl der freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4, nicht ersichtlich.

Mit Absatz 3 wird eine Sondermeldung für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eingeführt. Die Krankenkassen melden je Berichtsjahr die nach Abschluss der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaftsverhältnisse und die zugehörigen versichertenbezogenen Versichertenzeiten an das BVA und die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen (Prüfdienste). Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den Prüfdiensten je Berichtsjahr alle Mitgliedschaftsverhältnisse nach § 188 Absatz 4, in denen das Mitglied weder Beiträge geleistet noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Diese Datenmeldung ist erforderlich, um den Prüfdiensten die Überprüfung der nicht im Rahmen der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaften mit Blick auf das Merkmal der Kontaktherstellung zu ermöglichen. In der Verfahrensbestimmung des BVA kann vorgesehen werden, dass die Prüfdienste für das Berichtsjahr 2018 eine gesonderte Meldung der Mitgliedschaftsverhältnisse, die nach § 30 Absatz 4 Satz 1 RSAV gemeldet wurden und die Kriterien nach Absatz 3 Satz 2 erfüllen, erhalten. Die Sondermeldung hat bis zum 15. Juni 2019 zu erfolgen, damit eine zeitnahe Festlegung von Bereinigungsbeträgen durch das BVA erfolgen kann. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen bei versichertenbezogenen Daten werden durch die Vorgaben zur Pseudonymisierung gewahrt. Für die Vor-Ort-Prüfung zur ordnungsgemäßen Durchführung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste ist die Herstellung des Versichertenbezuges erforderlich. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Verfahren (auch der Herstellung des Versichertenbezuges) bestimmt das BVA für das Bereinigungsverfahren nach Absatz 4 das Nähere nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, für das Prüfverfahren nach Absatz 5 nach Anhörung der Prüfdienste und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In den Verfahrensbestimmungen ist vorzusehen, dass für den jeweiligen Zweck nicht benötigte Daten nicht übermittelt werden. Im Übrigen bleibt die Verpflichtung der Krankenkassen zur Datenmeldung nach § 30 RSAV unberührt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Regelung in Absatz 4 wird sichergestellt, dass Zuweisungen, die Krankenkassen für nach Absatz 1 und 2 aufzuhebende Mitgliedschaften erhalten haben, an den Gesundheitsfonds zurückerstattet werden. Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich noch nicht durchgeführt wurde, sind die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 30 RSAV entsprechend anzupassen. Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt oder die hierfür letzte Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz RSAV bereits abgegeben wurde, wird das BVA ermächtigt, einen Bereinigungsbetrag zu ermitteln und diesen gegenüber den Krankenkassen durch Bescheid geltend zu machen. Die Berechnung des Bereinigungsbetrags erfolgt unter Zugrundelegung der Grundpauschale sowie der Zu- und Abschläge der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen der aufgehobenen Mitgliedschaften aus dem jeweiligen Ausgleichsjahr. Eine Korrektur des Einkommensausgleichs nach § 270a sowie der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 RSAV erfolgt nicht. Der Bereinigungsbetrag ist an den Gesundheitsfonds zu erstatten und wird im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV hinzugerechnet.

Mit der Regelung in Absatz 5 werden die Prüfdienste beauftragt, im Rahmen einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu überprüfen, ob die Krankenkassen die Vorgaben zur Bestandsbereinigung nach Absatz 1 und 2 ordnungsgemäß und vollumfänglich eingehalten haben. Die Prüfung kann bei allen Krankenkassen zunächst als systematische Prüfung erfolgen, in der anhand inhaltlicher Kriterien festgestellt werden kann, ob das von der jeweiligen Krankenkasse gewählte Vorgehen die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Bestandsbereinigung nach den Absätzen 1 und 2 erfüllt. Stellen die Prüfdienste als Ergebnis der systematischen Prüfung fest, dass die von den Krankenkassen gewählte Vorgehensweise der Bestandsbereinigung entweder nicht nachvollziehbar dokumentiert ist oder die Dokumentation auf gravierende Mängel bei der Vorgehensweise schließen lässt, schließt sich eine Vollprüfung der Datenmeldung nach Absatz 3 Satz 2 an. In dieser Vollprüfung stellen die Prüfdienste versichertenbezogen bei denjenigen Mitgliedern, die Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 2, nicht aber Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 1 sind, fest, ob diese die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen und daher aufzuheben sind. Die Vollprüfung kann auch direkt ohne systematische Prüfung erfolgen. Auf Grundlage dieser Feststellung legt das BVA einen Korrekturbetrag fest. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen nach Absatz 1 und 2 sowie die Befugnisse der Aufsichtsbehörden unberührt. Die Geltendmachung eines Aufschlags wirkt Anreizen entgegen, die Bestandsbereinigung nicht vollumfänglich vorzunehmen und das Ergebnis der Sonderprüfung abzuwarten. Die Verlängerung der sechsjährigen Aufbewahrungsfrist nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV ist für die RSA-Datengrundlage des Berichtsjahres 2013 erforderlich, um den Prüfdiensten ausreichend Zeit für ihre Überprüfung der Bestandsbereinigung zu geben. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen der Krankenkassen nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV unberührt.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Mit dem Ziel, eine bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen, gewährleistet die Regelung allen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit das Recht, sich nach dem Ausscheiden aus dem Dienst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können.

Das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung lässt die bisherigen Möglichkeiten des Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit unberührt. Nach bisherigem Recht können sich Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach ihrem Ausscheiden aus dem Dienst nur unter bestimmten Voraussetzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Eine Versicherungspflicht entsteht zumeist dann, wenn ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Bei Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist jedoch eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a regelmäßig ausgeschlossen. Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und vor der Dienstzeit zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden jedoch auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (sogenannte nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13). Liegen die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor, ist ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang grundsätzlich nur dann möglich, wenn sie bereits während

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ihrer Dienstzeit eine freiwillige Mitgliedschaft in Form der Anwartschaftsversicherung nach § 240 Absatz 4b geführt haben.

Das neue Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt der besonderen Situation von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit Rechnung. Um den Bedarf an militärischem Personal flexibler gestalten zu können, wurden mit dem Gesetz zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 15. März 2012 die bis dahin geltenden Höchstverpflichtungszeiten auf 25 Jahre angehoben sowie das Einstiegsalter grundsätzlich nicht mehr beschränkt. Infolgedessen ist bereits jetzt und mit steigender Tendenz in der Zukunft damit zu rechnen, dass Soldatinnen und Soldaten auf Zeit bei Dienstzeitende ein höheres Alter haben und insofern der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erschwert sein könnte.

Vor diesem Hintergrund sichert das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung allen ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitliches Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist gleichzeitig gewährleistet, dass Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sich nach Ende ihrer Dienstzeit grundsätzlich auch für eine private Krankenversicherung entscheiden können, zu der sie gegebenenfalls während ihrer Dienstzeit Anwartschaften finanziert haben.

Zu Buchstabe b

Der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit anzuzeigen. Mit dem Ausscheiden aus dem Dienst endet der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung und die aus dem Dienst ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unterliegen nunmehr grundsätzlich der in Deutschland geltenden Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall. Eine Entscheidung über den Krankenversicherungsschutz muss demnach zeitnah getroffen werden, sodass die regelmäßige Anzeigefrist von drei Monaten für das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen ist.

Zu Nummer 2 (§ 10)

In dem zu streichenden Satz ist bisher geregelt, dass für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende Kinder in Tagespflege betreut, pauschalierend keine hauptberufliche Selbstständigkeit anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen beziehungsweise bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden. Wegen dieser Sonderregelung hatten bisher freiwillig versicherte Tagespflegepersonen jedoch auch keinen Anspruch darauf, die Absicherung mit gesetzlichem Krankengeld wählen zu können, weil dafür eine hauptberuflich ausgeübte Selbstständigkeit Voraussetzung ist (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2). Die zu streichende Vorschrift ist bis zum 31. Dezember 2018 befristet und wird ab 1. Januar 2019 gegenstandslos. Die Streichung dient somit der Rechtsbereinigung.

Infolge des Auslaufens der krankenversicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Tagespflegepersonen sind für diesen Personenkreis die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten. Dementsprechend werden Tagespflegepersonen unabhängig von der Anzahl der zu betreuenden Kinder im Einzelfall als hauptberuflich selbstständig zu betrachten sein, wenn die selbstständige Erwerbstätigkeit der Lebensführung des Einzelnen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt.

Da für hauptberuflich Selbstständige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, die Beitragsbemessung nach bisheriger Rechtslage in der Regel mindestens auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe des kalendertäglich 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße erfolgte, profitieren insoweit die Tagespflegepersonen regelmäßig von der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in § 240 Absatz 4 für hauptberuflich Selbstständige. Zusätzlich ist sichergestellt, dass die bisher unter die befristete pauschalierende Regelung gefallenen Tagespflegepersonen zur Absicherung eines Einkommensausfalls im Krankheitsfall nun auch den gesetzlichen Krankengeldanspruch (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2) wählen können.

Zu Nummer 3 (§ 240)

Die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen werden bei Selbstständigen nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts festgelegt. Dies ermöglicht Selbstständigen anders

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

als abhängig Beschäftigten eine gewisse Gestaltbarkeit ihres Einkommens, zum Beispiel den Abzug von Betriebsausgaben. Die besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrenzen für freiwillig versicherte Selbstständige dienen daher der Beitragsgerechtigkeit gegenüber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, bei denen das Bruttoarbeitsentgelt der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird.

Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige erfolgt die Beitragsbemessung nach bisheriger Rechtslage mindestens auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe des kalendertäglich 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße. Dies entspricht für das Jahr 2018 einem Betrag von 2 283,75 Euro. Unterschreiten die Einkünfte der Versicherten diesen Wert, ist gleichwohl ein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag von derzeit durchschnittlich 342,56 Euro zu leisten. In Härtefällen sowie als Existenzgründer können freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige, die nachweislich weniger als die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage verdienen, bei ihrer Krankenkasse eine Beitragsreduzierung erwirken. In diesem Fall gilt bislang eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 60. Teils der monatlichen Bezugsgröße von 1 522,50 Euro (im Jahr 2018), der monatliche Mindestbeitrag beträgt dann durchschnittlich 228,38 Euro.

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt hat zu einer Veränderung der Lebens- und Einkommenssituation bei den Selbstständigen geführt. Die tatsächlichen Einkünfte von hauptberuflich Selbstständigen unterschreiten häufiger die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 2. Um Selbstständige mit geringeren Einkünften künftig erheblich zu entlasten, wird die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige nahezu zu halbiert und auf 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt.

Zu Buchstabe a

Die Absenkung auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße tritt nach Artikel 13 Absatz 2 zum 1. Januar 2019 in Kraft und würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige in Höhe von 1 141,88 Euro entsprechen. Bezogen auf das Jahr 2018 würde sich die monatliche Mindestbeitragsbelastung dadurch von durchschnittlich 342,56 Euro auf durchschnittlich 171,28 Euro monatlich reduzieren. Die bisherige Regelung für Existenzgründer wird ersatzlos gestrichen, da auch diese Gruppe von der geänderten niedrigeren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage profitiert.

Zu Buchstabe b

Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben, da mit der Absenkung der Mindestbeiträge für hauptberuflich Selbstständige zugleich auch die bestehende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Härtefälle in Höhe von derzeit 1 522,50 Euro deutlich unterschritten und damit obsolet wird.

Die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage bedeutet somit sowohl für Selbstständige mit geringeren Einkünften als auch für Existenzgründer eine erhebliche Entlastung. Für Letztere bedeutet die vereinbarte Absenkung sogar eine deutliche Entlastung über die Existenzgründungsphase hinaus. In Verbindung mit dem seit 1. Januar 2018 geltenden Beitragsverfahren für freiwillig versicherte Selbstständige, nach dem deren Beiträge grundsätzlich erst vorläufig und erst nach Vorlage des Einkommensteuerbescheids für das Kalenderjahr endgültig festgelegt werden, wird damit krankenversicherungsrechtlich eine Regelung geschaffen, die sich so weit wie möglich an der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Selbstständigen orientiert. Gleichzeitig bedeutet die Absenkung eine erhebliche Entlastung der Krankenkassen von Verwaltungsaufwand, der insbesondere mit der Prüfung der bisherigen Härtefallregelung (Mindestbeitragsbemessungsgrundlage 1 522,50 Euro) verbunden war.

Satz 6 wird in Folge der Änderung zu Nummer 2 (Änderung des § 10) aufgehoben.

Zu Nummer 4 (§ 248)

Im geltenden Recht sind die Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberechten nach dem ALG mit Ausnahme einer Übergangshilfe bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten und Landabgaberechten den Empfängerinnen und Empfängern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 gleichgestellt. Die Schaffung der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, wird hiermit auch für die Versicherungspflichtigen nachvollzogen, die eine Rente oder Landabgaberechte von der landwirtschaftlichen Alterskasse beziehen. Da nur der halbe Beitragssatz bei der Rentenempfängerin oder dem Rentenempfänger erhoben wird, kann die Regelung nicht wie für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragstragung erfolgen, sondern muss beim Beitragssatz vorgenommen werden. Durch die Änderung wird zusammen mit der Änderung in § 39 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die Gleichbehandlung der Empfängerinnen und Empfänger



von Renten und Landabgaberechten der landwirtschaftlichen Alterskasse erreicht, unabhängig davon, ob sie in der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Zu Nummer 5 (§ 249)

Zu Buchstabe a

Nach bislang geltender Rechtslage tragen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und 13 gemäß § 249 Absatz 1 Satz 1 die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz. Den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz hat die versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmerin oder der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer selbst zu tragen.

Mit der Rechtsänderung wird erreicht, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden und somit auch der bisherige Zusatzbeitrag paritätisch finanziert wird.

Zur Umsetzung wird in § 249 Absatz 1 geregelt, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sich hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen der Mitglieder zu beteiligen haben. Damit erfasst die Neuregelung aufgrund der Regelung in § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242. Die Regelung gilt aufgrund der Verweisung in § 257 Absatz 1 auf § 249 auch für den Beitragszuschuss der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers für abhängig Beschäftigte, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und daher freiwillig gesetzlich versichert sind.

Die Regelung tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die zu Buchstabe a erläuterte paritätische Tragung des Zusatzbeitragssatzes gleichermaßen auch bei Beschäftigungsverhältnissen in der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 SGB IV umgesetzt.

Zu Nummer 6 (§ 249a)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung des § 249a Satz 1 wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen. Die Rentenversicherungsträger haben die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d. h. einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu tragen. Bei der Umsetzung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages können die Rentenversicherungsträger das sogenannte Kontoauszugsverfahren nach § 255 Absatz 1 Satz 2 anwenden. Dadurch wird Verwaltungsaufwand vermieden, in dem in der überwiegenden Zahl der Fälle von der Erteilung eines schriftlichen Bescheides durch den Rentenversicherungsträger abgesehen werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in § 249a Satz 2 trifft eine Regelung für die beitragsfreie Waisenrente nach § 48 SGB VI, für die der Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nunmehr einschließlich des Zusatzbeitrags trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

Zu Nummer 7 (§ 257)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Tatbestand der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

Nehmen ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf, führt dies bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a nicht zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach tritt insbesondere dann keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein, wenn unmittelbar im Anschluss an die Dienstzeit über 55-jährige ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Treten diese Beschäftigten jedoch nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 8 der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied bei, müssten sie nach der bisherigen Rechtslage die aus dem Arbeitsentgelt zu leistenden Beiträge zur gesetzlichen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung allein tragen. Darin liegt eine Ungleichbehandlung der betroffenen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Arbeitgeber gegenüber anderen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beschäftigten und deren nach § 257 Absatz 1 zum Beitragszuschuss verpflichteten Arbeitgeber, für die belastbare Differenzierungskriterien nicht vorliegen. Daher ist die Regelung zum Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 1 Satz 1 für den Personenkreis der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 als freiwilliges Mitglied beigetreten sind, entsprechend anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung des § 257 Absatz 2 Satz 2 wird die Einbeziehung des Zusatzbeitrags in die Berechnung des vom Arbeitgeber zu finanzierenden Beitragsanteils auch für diejenigen abhängig Beschäftigten nachvollzogen, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben bzw. auf Grund der Regelung nach § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Der Zuschuss des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag erstreckt sich folglich auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, höchstens jedoch in der Höhe der Hälfte des Beitrages, den die oder der Beschäftigte für ihre oder seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Damit wird sichergestellt, dass die Höhe des Anspruchs auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar mit der Höhe des Beitrags des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Artikel 3 (Änderung des SGB VI)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der auch für die Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Tragung der Beiträge (einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) nachvollzogen wird.

Dadurch erhalten ab dem 1. Januar 2019 auch Rentnerinnen und Rentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, einen erhöhten Beitragszuschuss, da sich der Rentenversicherungsträger hälftig an den Aufwendungen beteiligt, die sich für die Rentenbezieher aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V) zuzüglich kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes (§ 242 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergeben. Entsprechendes gilt auch für Rentnerinnen und Rentner, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, mit der Besonderheit, dass anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V) maßgebend ist.

Die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V, wonach für krankenversicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten, wird im § 106 Absatz 2 SGB VI hinsichtlich des Beitragszuschusses für die freiwillig krankenversicherten Rentnerinnen und Rentner nachvollzogen. Das hat auch zur Folge, dass der Zuschuss nach § 106 Absatz 2 SGB VI von den Rentenversicherungsträgern mit Wirkung vom 1. Januar 2019 an auf der Grundlage des jeweils im November 2018 maßgeblichen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen ist. Eventuelle Änderungen der Zusatzbeitragssätze, die nach dem 30. November 2018 wirksam werden, wirken sich bei der Berechnung des Zuschusses – wie bislang schon bei krankenversicherungspflichtigen Rentnerinnen und Rentnern – erst mit einer zweimonatigen Verzögerung und damit frühestens ab dem 1. Februar 2019 aus. Eine Übergangsregelung für die Berechnung der Zuschüsse an freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentnerinnen und Rentner für den Monat Januar 2019 und – falls sich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zum 1. Januar 2019 ändert – für den Monat Februar 2019 ist damit nicht erforderlich.

Zu Artikel 4 (Änderung des § 172c SGB VII)

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist den Unfallversicherungsträgern in Anlehnung an den Versorgungsfonds des

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bundes nach § 15 Satz 2 bis 4 des Versorgungsrücklagegesetzes in der bis zum 10. Januar 2017 geltenden Fassung die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von bis zu 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Seither ist es möglich, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Verlustrisiken werden begrenzt durch die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements.

Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 (BGBl. I S. 17) hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes einen Aktienanteil von jeweils bis zu 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes). Diese Erhöhung des Aktienanteils soll entsprechend der mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 171e Absatz 2a Satz 2 SGB V (Artikel 1 Nummer 3) auch für die Altersrückstellungen der Unfallversicherungsträger nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der Unfallversicherungsträger und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt. Dem Grundsatz der Anlagesicherheit nach § 80 Absatz 1 SGB IV ist von den Unfallversicherungsträgern bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des passiven, indexorientierten Managements Rechnung zu tragen. Hierzu haben sie ein angemessenes Risikomanagementsystem zu unterhalten. In der Praxis werden die gesetzlichen Vorgaben zur Risikominimierung von den Unfallversicherungsträgern durch eigene Anlagerichtlinien konkretisiert, die von den zuständigen Aufsichtsbehörden überprüft werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung des Aktienanteils auch unter Berücksichtigung der Verlustrisiken sachgerecht.

Zu Artikel 5 (Änderung des § 25 SGB XI)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung des Satzes 3 in § 10 Absatz 1 SGB V.

Zu Artikel 6 (Änderung des § 7 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 Satz 2 bis 4 des Versorgungsrücklagegesetzes in der bis zum 10. Januar 2017 geltenden Fassung die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von bis zu 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Seither ist es möglich, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Verlustrisiken werden begrenzt durch die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements.

Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 (BGBl. I S. 17) hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes einen Aktienanteil von jeweils bis zu 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes). Diese Erhöhung des Aktienanteils soll entsprechend der mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 171e Absatz 2a Satz 2 SGB V (Artikel 1 Nummer 3) auch für die Altersrückstellungen der SVLFG nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der SVLFG und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt. Dem Grundsatz der Anlagesicherheit nach § 80 Absatz 1 SGB IV ist von der SVLFG bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des passiven, indexorientierten Managements Rechnung zu tragen. Hierzu hat sie ein angemessenes Risikomanagementsystem zu unterhalten. In der Praxis werden die gesetzlichen Vorgaben zur Risikominimierung von der SVLFG durch eine eigene Anlagerichtlinie konkretisiert, die vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde überprüft werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung des Aktienanteils auch unter Berücksichtigung der Verlustrisiken sachgerecht.

Zu Artikel 7 (Änderung des KVLG 1989)

Zu Nummer 1 (§ 8)

Folgeänderung zum neuen § 16 Absatz 3b SGB V. Die landwirtschaftliche Krankenkasse wird verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Hilfebedürftigkeit ganz oder teilweise durch Jobcenter oder Träger der

Sozialhilfe übernommen werden. Durch die Regelung soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und bis dahin Beitragsrückstände aufbauen.

Zu Nummer 2 (§ 22)

Folgeänderung zu § 188 Absatz 4 SGB V. Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der landwirtschaftlichen Krankenkasse künftig nicht mehr im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann.

Zu Nummer 3 (§ 39)

Im geltenden Recht sind die Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberechten nach dem ALG mit Ausnahme einer Übergangshilfe bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten und Landabgaberechten den Empfängerinnen und Empfängern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V gleichgestellt. Die Schaffung der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, wird hiermit auch für die Versicherungspflichtigen nachvollzogen, die eine Rente oder Landabgaberechte von der landwirtschaftlichen Alterskasse beziehen. Da nur der halbe Beitragssatz bei der Rentenempfängerin oder dem Rentenempfänger erhoben wird, kann die Regelung nicht wie für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragstragung erfolgen, sondern muss beim Beitragssatz vorgenommen werden. Durch die Änderung wird parallel zur Änderung in § 248 SGB V die Gleichbehandlung der Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgaberechten der landwirtschaftlichen Alterskasse erreicht, unabhängig davon, ob sie in der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse keinen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhebt, ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz anzuwenden.

Zu Nummer 4 (§ 48)

Durch die Änderung wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen. Die Rentenversicherungsträger haben die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d. h. einschließlich des für die landwirtschaftliche Krankenkasse geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu tragen. Die Änderung gilt für die Beitragsberechnung der landwirtschaftlichen Unternehmerinnen und Unternehmer, der mitarbeitenden Familienangehörigen und der Altenteiler, soweit diese Versicherten eine Rente nach § 228 SGB V beziehen.

Zu Nummer 5 (§ 66)

Die neue Übergangsvorschrift dient ebenso wie die vergleichbare Vorschrift in § 323 SGB V dem Ziel, den Bestand an freiwilligen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 22 Absatz 3 entstanden sind, im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 22 Absatz 3 und § 191 Nummer 5 SGB V zu überprüfen. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt, sind die in § 323 Absatz 3 bis 5 SGB V enthaltenen Regelungen für die landwirtschaftliche Krankenkasse entbehrlich.

Zu Artikel 8 (Änderung des § 35a ALG)

Folgeänderung zur Änderung des § 39 KVLG 1989 und des § 248 SGB V, durch die die Beitragserhebung bei Empfängerinnen und Empfängern von Renten und Landabgaberechten nach dem ALG an die paritätische Finanzierung der Beiträge aus Renten nach § 228 SGB V angepasst wird. Auch beim Beitragszuschuss für freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner soll der Zusatzbeitrag berücksichtigt werden. Aus Vereinfachungsgründen und zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll der durchschnittliche Zusatzbeitrag zugrunde gelegt werden.

Zu Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Sie bewirken, dass auch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten eine paritätische Tragung der Beiträge (einschließlich des Zusatzbeitrags) nachvollzogen wird. Auch beim Beitragszuschuss für freiwillig oder privat krankenversicherte Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten soll der Zusatzbeitrag berücksichtigt werden.

Zu Artikel 10 (Änderung des Soldatengesetzes)

Zu Nummer 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

Die bisherige Regelung, wonach ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Anspruchs auf Übergangsgebühren einen Anspruch auf Beihilfe hatten, ist nicht mehr zeitgemäß. Personen, die nach ihrem Ausscheiden aus dem Wehrdienstverhältnis lediglich eine zeitlich begrenzte Übergangsvorsorge erhalten, bezogen so typische Fürsorgeleistungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes. Derartige Leistungen stehen sonst nur Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Versorgung auf Lebenszeit zu. Mit der Einführung eines Beitrittsrechts zur gesetzlichen Krankenversicherung in Artikel 2 Nummer 1 und 7 (Änderungen in den §§ 9 und 257 SGB V) wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Ein Beihilfeanspruch ist nicht mehr erforderlich, da sie bereits über eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage anderer Normen verfügen.

Zu Nummer 3

Da Personen, die bereits Anspruch auf Beihilfe haben, regelmäßig das neue Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht nutzen können, ist für diese Fälle eine Übergangsregelung nach dem neuen § 100 erforderlich.

Zu Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

Die in den zurückliegenden Jahren erheblichen Veränderungen der dienstlichen und beruflichen Werdegänge der Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten führen dazu, dass Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten mit deutlich höherem Lebensalter ausscheiden. Dies ist u.a. auf die höheren Verpflichtungsreichweiten (bis zu 25 Jahre) sowie die steigende Zahl von lebensälteren Seiteneinsteigern zurück zu führen. Dadurch entstehen für die Betroffenen zunehmend nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst Probleme beim Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Krankenversicherung der Rentner. Dieser besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten soll durch die Schaffung eines einheitlichen Zugangsrechts zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet werden. Allen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit wird das Recht gewährt, sich nach dem Ausscheiden aus dem Dienst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können. Zugleich wird der Beihilfeanspruch, der derzeit während des Bezugszeitraums der Übergangsgebühren besteht, gestrichen. Dennoch bleibt die aktive Entscheidung für den Weg in die private Krankenversicherung als Option erhalten. Zum Wegfall des Beihilfeanspruchs ist den Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die nach ihrem Ausscheiden keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebühren unabhängig davon, ob sie sich nach dem Ausscheiden aus der Bundeswehr gesetzlich oder privat versichern, ein finanzieller Ausgleich zu gewähren, um die derzeitige Netto-Leistungshöhe für die Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühren weitgehend zu erhalten. Dieser, der besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten geschuldete Ausgleich wird durch die Übernahme der hälftigen Krankenversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der Übergangsgebühren durch den Dienstherrn in Form eines Zuschusses geschaffen. Sollte ein für eine private Krankenversicherung gezahlter Beitrag niedriger sein als der auf Basis der Übergangsgebühren und dem ermäßigten Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ermittelte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung, wird nur der hälftige, niedrigere Beitrag zur privaten Krankenversicherung gezahlt. Aufgrund der Aufhebung des § 31 Absatz 2 Satz 2 des Soldatengesetzes ist die durchgängige Gewährung des Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen sicherzustellen.

Zu Nummer 3

§ 11b stellt eine Neuregelung der Absicherung der Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühren für den Krankheitsfall dar. Es ist daher sachgerecht, einen in der Zukunft liegenden Stichtag für das Inkrafttreten vorzusehen. Damit wird neuen Zahlungsempfängerinnen und Zahlungsempfängern Zeit eingeräumt, sich umfassend über die neue Rechtslage zu informieren. Außerdem benötigen die die Übergangsgebühren zahlenden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Stellen Zeit, die Änderung im Antrags- und Abrechnungsverfahren vorzubereiten. Vorhandene Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebührrnissen haben ihre Krankenversicherung auf der Grundlage der bisherigen Rechtslage geregelt. Für diesen Personenkreis ist der Wechsel in das neue System daher nicht erforderlich.

Zu Artikel 12 (Änderung der Bundesbeihilfeverordnung)

Die Änderung ist eine Folgeänderung in der Bundesbeihilfeverordnung zu Artikel 10 Nummer 2 (Änderung in § 31 des Soldatengesetzes). Auf die diesbezügliche Begründung wird verwiesen.

Zu Artikel 13 (Inkrafttreten)

Die Rechtsbereinigungen nach Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 5 treten zum 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem die Frist für die Geltung der Regelung in § 10 Absatz 1 Satz 3 am 31. Dezember 2018 abgelaufen ist.

Das spätere Inkrafttreten der beitragsrechtlichen Regelungen in Artikel 2 Nummer 3, 4, 5, 6, 7 (Buchstabe b Doppelbuchstabe aa) sowie Artikel 3 und 7 Nummer 3 und 4 sowie Artikel 8 und 9 zum 1. Januar 2019 stellt sicher, dass Krankenkassen, Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger die Regelungen technisch und organisatorisch mit der notwendigen Vorlaufzeit umsetzen können.

Für den Systemwechsel des Krankenversicherungsschutzes von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach Ende der Dienstzeit nach Artikel 2 Nummer 1 und 7 (Buchstabe a und b Doppelbuchstabe bb) sowie Artikel 10, 11 und 12 ist eine ausreichende Vorbereitungszeit notwendig, die ein sofortiges Inkrafttreten nicht erlaubt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.



Ab dem 1. Januar 2019 zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung auch den krankenkassenindividuelle Zusatzbeitrag paritätisch (in gleichen Teilen).

- Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Hauptberufliche Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die jährlich angepasst wird. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage betrug bisher in 2018 2.284 Euro monatlich. Aufgrund der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt sind besonders Kleinunternehmer häufig nicht mehr in der Lage, den Mindestbeitrag zu leisten. Daher soll die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ab dem 1. Januar 2019 auf 1.142 Euro monatlich gesenkt werden. Bestehende abweichende Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für Härtefälle und Existenzgründer werden damit obsolet, da die künftig geltende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage diese Fälle bereits einschließt.

- Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Nach Angaben des Ressorts stiegen bei den Krankenkassen in 2017 die Beitragsrückstände enorm an. Dies ist weitestgehend auf die obligatorische Anschlussversicherung (Versicherung setzt sich nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung als freiwillige Versicherung fort) und die Einstufung zum Höchstbeitrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung zurückzuführen. Mit folgenden Maßnahmen soll künftigen Beitragsschulden begegnet werden:

- die freiwillige Versicherung über die OAV soll auf Fälle mit geklärtem Aufenthalt beschränkt werden,
- für freiwillige Mitgliedschaften, bei denen die Mitglieder unauffindbar sind, sollen Beendigungstatbestände geschaffen werden (bestehende Fälle werden bereinigt) und
- zur Einstufung des Höchstbeitrags wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung sollen flexiblere Anpassungen ermöglicht werden.

- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Künftig sollen für die Finanzreserven einzelner Krankenkassen aus Zusatzbeiträgen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds Höchstgrenzen vorgesehen und automati-



sierte Abbaumechanismen geschaffen werden. Dies soll stärker als bisher die Krankenkassen dazu veranlassen, überschüssige Finanzmittel der Gesundheitsversorgung zuzuführen und Zusatzbeiträge zu stabilisieren bzw. abzusenken.

- Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger

Um einen Gleichlauf mit dem Versorgungsgesetz des Bundes zu erzielen, wird der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau von 10 auf 12 Prozent erhöht.

- Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührrnissen nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.

## II.1 Erfüllungsaufwand

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für **Bürgerinnen und Bürger**.

### Wirtschaft

Die Wirtschaft wird um **jährlich rund 2,9 Mio. Euro entlastet**.

Diese ergibt sich für rund 200.000 selbstständige Berufstätige, die aufgrund des Wegfalls der Härtefallregelung und der Sonderregelung für Existenzgründer künftig keinen entsprechenden Antrag mehr stellen müssen (-27 Min. je Fall, 32,20 Euro/h).

Die Umstellung der Abrechnungssysteme aufgrund der paritätischen Zusatzbeitragsberechnung dürfte nur geringfügige Auswirkungen haben.

## Verwaltung

Die Verwaltung (Gesetzliche Krankenversicherung) wird ebenfalls aufgrund des Wegfalls der Härtefallregelung und der Sonderregelung für Existenzgründer um **1,6 Mio. Euro** (-10 Min. je Fall, 36,00 Euro/h) **entlastet**.

Zudem wird das Bundesverwaltungsamt (BVA) aufgrund der Festsetzung und Einpflege des neuen Beitragszuschusses (anstelle der bisherigen Beihilfe) mit jährlichem Mehraufwand von 90.000 Euro belastet. Dagegen entfallen rund 305.000 Euro aufgrund des Wegfalls der Bearbeitung für die Beihilfeanträge von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Angehörigen. Im **Saldo** wird das BVA demnach um geschätzte **215.000 Euro** entlastet.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit dürften ebenfalls aufgrund des Wegfalls der Beihilfeanträge in diesem Zusammenhang entlastet werden, wenn sie sich für den Eintritt in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung entscheiden. Der Eintritt ist dem BVA anzuzeigen.

Die Maßnahmen zur Reduzierung der Beitragsschulden dürften nur geringfügige Auswirkungen auf die Verwaltung haben.

**Insgesamt** wird die Verwaltung um **rund 1,8 Mio. Euro** entlastet.

## II.2 Weitere Kosten

Insgesamt werden die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arbeitnehmer, selbstständig Beschäftigte (Wirtschaft), Rentnerinnen und Rentner) im Saldo um **-8,3 Mrd. Euro im Jahr entlastet**.

Die Entlastung verteilt sich wie folgt:

Paritätische Finanzierung	<b>-6,9 Mrd. Euro</b>
Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige	-0,8 Mrd. Euro
Mögliche Beitragssenkung durch den teilweise Abbau der Finanzreserven aus Zusatzbeiträgen in den Jahren 2019 – 2021	-0,6 Mrd. Euro

Im Gegenzug wird die **Wirtschaft als Arbeitgeber** aufgrund der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages mit **4,9 Mrd. Euro belastet**. Wie der obigen Übersicht entnommen werden kann, werden selbstständig Beschäftigte durch die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage um **0,8 Mrd. Euro** sowie durch eine mögliche Beitragssenkung im Zusammenhang mit einem Abbau der Finanzreserven aus Zusatzbeiträgen bei einzelnen Krankenkassen um **0,4 Mrd. Euro**

**entlastet.** Daher wird der Normadressat Wirtschaft im **Saldo insgesamt mit 3,7 Mrd. Euro im Jahr** durch weitere Kosten **belastet.**

Für den übrigen Betrag der paritätischen Finanzierung kommen der Bund (0,03 Mrd. Euro), die Länder und Kommunen (0,5 Mrd. Euro) in ihrer Funktion als Arbeitgeber sowie Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (1,4 Mrd. Euro) auf.

### III. Ergebnis

Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand sowie die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Catenhusen  
Berichterstatter

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.*

## Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a ist § 260 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist das Wort „Einfache“ durch das Wort „Eineinhalbfache“ zu ersetzen.
- b) In Satz 2 ist die Angabe „50 000“ durch die Angabe „100 000“ zu ersetzen.

Begründung:

Eine Höchstgrenze in Höhe der bisherigen Soll-Vorgabe des Eineinhalbfachen einer Monatsausgabe ist ausreichend und zielführend. Indem die bisherige Soll-Vorschrift über die Höchstgrenze der Betriebsmittel in eine obligatorische Höchstgrenze umgewandelt wird, ist bereits der Bildung unangemessener Rücklagen wirksam vorgebeugt. Da der heute schon geltende Rahmen eingehalten werden würde, wäre etwaige Kritik der Krankenkassen im Hinblick auf politische Eingriffe in die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung unbegründet. Das Potenzial an abzubauenen Finanzreserven ist auch bei Kassen mit mehr als Eineinhalbfacher Monatsreserve immer noch deutlich vorhanden.

Darüber hinaus sollte die Ausnahme für Krankenkassen mit bis zu 50 000 Mitgliedern auf Krankenkassen mit bis zu 100 000 Mitgliedern erweitert werden. Nur so sind diese Krankenkassen ausreichend gegen Hochkostenfälle abgesichert, solange ein Hochrisiko-Pool im Sinne des § 269 SGB V a.F. nicht mehr Gegenstand der GKV-Finanzsystematik ist.

2. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b (§ 260 Absatz 2a Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b sind in § 260 Absatz 2a Satz 1 die Wörter „durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ zu streichen.

Begründung:

Nach der Neuregelung ist eine Absenkung der Betriebsmittel zwingend durch Senkung

des Zusatzbeitrages herbeizuführen. In vielen Fällen würden Krankenkassen, die bereits einen defizitären Haushalt haben, die Absenkung ihrer Betriebsmittel auch durch Beibehaltung des gegenwärtig erhobenen Zusatzbeitrages erreichen. Ein Zwang zur Senkung des Zusatzbeitrages würde die Abschmelzung des Überschusses zwar beschleunigen, aber anschließend zu einer umso stärkeren Erhöhung des Zusatzbeitrages zwingen. Dies widerspräche dem Grundsatz der Beitragsstabilität und würde unter anderem wegen zu erwartender verstärkter Mitgliedschaftskündigungen zu Wettbewerbsnachteilen führen.

### 3. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 323 Absatz 1 bis 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 12 ist § 323 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

1. „(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand ab ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] nach Maßgabe des Absatzes 2 bis zum 15. Juni 2019 zu überprüfen und zu bereinigen. § 76 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch findet Anwendung.“

b) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

2. „(2) Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 a.F. begründet wurden, sind aufzuheben, wenn die Krankenkasse seit ihrer Begründung keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.“

c) Absatz 3 bis Absatz 5 sind zu streichen.

#### Begründung:

Die mit der Bestandsbereinigung sogenannter „ungeklärter passiver Mitgliedschaften“ verbundene Zielsetzung der Reduzierung von Beitragsschulden führt zur Entlastung betroffener Mitglieder und ist zu begrüßen. Vor dem Hintergrund des Rückwirkungsverbots und den bei der rückwirkenden Beendigung durch die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 a.F. SGB V zu beachtenden gesetzlichen Regelungen für eine Rücknahme (§§ 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch), einen Widerruf (§§ 46 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) oder eine Aufhebung (§ 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) kommt hierfür allein die Bereinigung mit Wirkung für die Zukunft in Betracht. Insofern können die Regelungen der §§ 44 ff SGB X, als Rechtsgrundlage herangezogen werden. Die Bereinigung betrifft ausschließlich diejenigen Mitgliedschaften, die im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung zustande kamen, bei denen

die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Da für die insoweit passiv geführten Mitgliedschaften gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 SGB V aufgrund fehlender Mitwirkung Höchstbeiträge festzusetzen waren, sind Beitragsschulden in erheblichem Umfang entstanden, deren Beitreibung fruchtlos blieb. Diese Beitragsschulden können im Zuge der Bereinigung der Mitgliedschaften nach Absatz 1 und 2 unter der Maßgabe des § 76 Absatz 2 Satz 1 Ziffer 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erlassen werden. Die Fortsetzung ihrer Beitreibung wäre vor dem Hintergrund, dass die Krankenkasse keinerlei Kontakt zu den Versicherten herstellen konnte, es sich eher um Beitragsschulden fiktiver Natur handelt und ihre Beitreibung auch im Weiteren erfolglos sein dürfte, unbillig.

Da keine rückwirkende Aufhebung von Versicherungsverhältnissen vorgenommen werden soll, entfällt die Notwendigkeit, aufwändige Fragen der Datenmeldung und Rückabwicklung der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich für die Vergangenheit zu regeln.

Mit der Änderung wird eine bundeseinheitliche Rechtsanwendung gewährleistet.

4. Zu Artikel 2 Nummer 2a – neu – (§ 105 Absatz 1b – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 105 wird nach Absatz 1a folgender Absatz 1b eingefügt:

3. „(1b) Die Kassenärztliche Vereinigung oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam oder einzeln zur Finanzierung von weiteren Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, den Strukturfonds nach Absatz 1a jeweils um weitere bis zu 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufstocken. Über die Verwendung des aufgestockten Strukturfonds entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die eine Mittelaufstockung vorgenommen haben.“ ‘

Begründung:

Mit dem aufgestockten Strukturfonds soll den Vertragspartnern (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam oder auch einzeln auf freiwilliger Basis ein größerer Handlungsspielraum gegeben werden, die Versorgung regionaler und flexibler nachhaltig zu sichern.

Mit der Änderung soll es möglich sein, dass die Vertragspartner (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und die Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängig von gegenseitigen Verpflichtungen Mittel in den Strukturfonds einzahlen können.

Über die zweckgebundene Mittelverwendung entscheiden dann die Vertragspartner, die eine Aufstockung des Strukturfonds vorgenommen haben.

5. Zu Artikel 2 Nummer 2b – neu – (§ 105 Absatz 1c – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2a – neu – folgende Nummer 2b einzufügen:

„2b. In § 105 wird nach dem neuen Absatz 1b folgender Absatz 1c eingefügt:

4. „(1c) Die Mittel des Strukturfonds nach Absatz 1b können insbesondere zur Finanzierung der Förderungen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (auch für die ambulanten Abschnitte der fachärztlichen Weiterbildung), zur Finanzierung der Förderung von Weiterbildungsverbänden, für Möglichkeiten der gezielten Nachwuchsförderung oder zur Förderung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin in Modellstudiengängen eingesetzt werden.“ ‘

Begründung:

Mit den in § 105 Absatz 1b – neu – SGB V freiwillig aufgestockten Strukturfondsmitteln soll es den Vertragspartnern (Krankenkassen beziehungsweise Landesverbände der Krankenkassen) und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam oder einzeln, mit der nicht abschließenden Aufzählung in § 105 Absatz 1c SGB V ermöglicht werden, explizit die dort genannten Maßnahmen durch eine Förderung zu unterstützen.

Die Regelung ist erforderlich, weil die dort aufgezählten Maßnahmen eine große Bedeutung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, haben und es der Selbstverwaltung bisher verwehrt ist, sich an diesen Sicherstellungsmaßnahmen zugunsten einer zukunftsfesten medizinischen (hausärztlichen) Versorgung ihrer Versicherten zu beteiligen.

Auf Grund der großen Bedeutung der Maßnahmen für die vertragsärztliche Versorgung sind die Neuregelungen in § 105 SGB V und den Strukturfondsmittel richtig verortet.

6. Zu Artikel 2 Nummer 2c – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 3 – neu – bis Satz 7 – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2b – neu – folgende Nummer 2c einzufügen:

„2c. Dem § 135b Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen nach Satz 2 kann entfallen, insbesondere um in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen hat, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Regelungen sind kassenindividuell als Anlagen zum Gesamtvertrag zu vereinbaren. Die Landesausschüsse nach §§ 90, 90a können Stellungnahmen dazu abgeben. Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. § 89 findet keine Anwendung.“ ‘

Begründung:

Grundsätzlich ist es möglich, in Gebieten mit Unterversorgung und drohender Unterversorgung gesamtvertragliche Vereinbarungen zu schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten.

Mit der Änderung soll es zudem ermöglicht werden, von der in diesem Zusammenhang notwendigen Budgetbereinigung Abstand zu nehmen. Die Mehrleistungen müssen nicht mehr durch einen Abschlag auf die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, kompensiert werden.

Damit soll ein Anreiz für die zusätzliche medizinische Versorgung in unterversorgten beziehungsweise drohend unterversorgten Gebieten geschaffen werden.

7. Zu Artikel 2 Nummer 2d – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2c – neu – folgende Nummer 2d einzufügen:

„2d. Nach § 135c wird folgender neuer § 135d eingefügt:

„§ 135d

Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

5. (1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und



Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungen, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die ergänzende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

6. (2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

7. (3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können

insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

8. (4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden oder von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach Absatz 1 in Anspruch nehmenden Versicherten sowie dem in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalt zu bereinigen; die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 Krankenhausentgeltgesetz bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“ ‘

#### Begründung:

Die Regelung stellt die Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Vertragspartner nach § 72 SGB V im Rahmen der Regelversorgung für ergänzende Verträge klar. Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Beispielsweise nach Ende von Modellvorhaben (zum Beispiel wegen Erreichens der maximalen Laufzeit von acht Jahren) hat sich gezeigt, dass – wenn diese Leistung für die Einführung in die Regelversorgung prädestiniert ist, das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss aber noch durchzuführen ist – keine Anschlussregelungen möglich sind. Um hier einen lückenlosen Übergang eines erfolgreichen Modells in die Regelversorgung zu gewährleisten, sind vertragliche Regelungen erforderlich, die es den bisherigen Vertragspartnern ermöglichen, bis zur endgültigen Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses und Bewertung der Leistung diese vorübergehend weiter anbieten zu können, um einen Bruch und eine Kostenerstattung wegen Systemversagens in der Versorgung zu vermeiden.

Im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über den § 87a SGB V hinaus mit dem § 135b Absatz 4 SGB V weitere gesamtvertragliche Gestaltungsräume ermöglicht. Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, wird diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht, sodass die Gegenfinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, weil keine Ärzte mehr Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Diese Vorschrift ist deshalb bisher nirgends zur Anwendung gekommen und für den intendierten Zweck daher nicht alternativ nutzbar.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Die Neufassung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die mit Modell- oder Selektivverträgen einhergehenden Vorlaufzeiten und Aufwände erforderlich sind. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes und der technischen Möglichkeiten anzubieten.

Des Weiteren sind davon auch Leistungen betroffen, die nur einmalig für den Versicherten zur Abrechnung gelangen können, wie zum Beispiel die erweiterten Kinderuntersuchungen U10, U11 und J2. Weitere Fallgestaltungen können sich zum Beispiel aus einer umfassenderen Bereitstellung von Telemedizin, Gesundheits-Apps, im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Leistungen oder im Zusammenhang mit fachärztlichen Videokonsilen ergeben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Dabei werden die für den stationären Sektor geltenden Qualitätsbestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Grundsätze der dualen Finanzierung und die in der Verantwortung der Länder liegenden krankenhauplanerischen Festlegungen durch die Verträge nach § 135d SGB V nicht berührt.

8. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 240 Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und inwieweit dem Artikel 2 Nummer 3 GKV-VEG entsprechende entlastende Regelungen auch für privat krankenversicherte Selbständige geschaffen werden können.

Begründung:

Eine dem Artikel 2 Nummer 3 GKV-VEG entsprechende Regelung in der privaten Krankenversicherung wäre systematisch geboten und sinnvoll. Selbständige sind systematisch der privaten Krankenversicherung zuzuordnen, da sie gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 SGB V nicht versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder 5 bis 12 SGB V sind. Daher gilt es zu verhindern, dass prinzipiell der PKV zuzuordnende Personenkreise zunehmend der GKV zugeführt werden, weil sie dort vergünstigte Beitragsbedingungen vorfinden. Gleichzeitig ist es aber aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit geboten, auch den in der privaten Krankenversicherung versicherten Selbständigen mit geringem Einkommen entsprechende Erleichterungen zukommen zu lassen.

9. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung die Bitte der Gesundheitsministerkonferenz aus diesem Jahr bisher nicht aufgegriffen hat, unter Berücksichtigung der Ergebnisse des vorliegenden Gutachtens die Beiträge des Bundes an die Gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II umgehend durch eine entsprechende gesetzliche Änderung stufenweise anzuheben, um die festgestellte Finanzierungslücke zu schließen.

Der Bundesrat stellt fest, dass es damit zu einer systematischen Unterdeckung der Leistungsausgaben für diesen Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt, die zu Lasten der Solidargemeinschaft geht. Eine ursachengerechte Anhebung würde stattdessen zu einer Entlastung der Versicherten führen und damit auch der Intention des GKV-VEG entsprechen. Nach Inkrafttreten des GKV-VEG würden auch die Arbeitgeber hiervon profitieren.

Auch der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien im Bund sieht ausdrücklich eine

schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln vor. Angesichts der guten wirtschaftlichen Lage und der hohen Steuerzuschüsse hält der Bundesrat es aktuell für möglich, einen ersten Schritt zur Anhebung der Beiträge vorzunehmen. Andernfalls ist zu befürchten, dass die Unterdeckung längerfristig bestehen bleibt.

Der Bundesrat bittet daher, das laufende Gesetzgebungsverfahren für einen Einstieg in ausgabendeckende GKV-Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu nutzen.

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.*