

Referentenentwurf

Bundesministerium für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

A. Problem und Ziel

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.

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

B. Lösung

1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentenversicherung und Rentnerinnen und Rentnern getragen. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst. Der Mindestbeitrag entspricht dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Da viele Kleinunternehmer damit finanziell überfordert sind, wird der Mindestbeitrag auf den 80. Teil der Bezugsgröße halbiert. Das entspricht im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1.142 Euro (anstatt 2.284 Euro), was einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171 Euro bedeutet.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Der in den letzten Jahren überproportionale statistische Anstieg der Beitragsschulden bei den Krankenkassen ist weitgehend auf Fälle ungeklärter Mitgliedschaften zurückzuführen. Daher werden Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften in der sog. obligatorischen Anschlussversicherung geschaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt

ist, sowie flexiblere Möglichkeiten für die Beitragsfestsetzung bei fehlender Mitwirkung der Betroffenen vorgesehen. 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 Beitragszahler

Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden. Es gibt keinen Grund, von den Beitragszahlern, also von Arbeitgebern und Mitgliedern, hohe Zusatzbeiträge abzuverlangen, wenn die Rücklagen einer Krankenkasse die notwendigen Höchstreserven übersteigen. Deshalb werden für die Finanzreserven gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert bzw. abgesenkt werden können.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen

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

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 8,3 Mrd. Euro jährlich entlastet. Davon entfallen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragsatzes rund 6,9 Mrd. Euro, auf die Entlastung der Selbständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Mrd. Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen in den Jahren 2019 bis 2021 jährlich rund 0,6 Mrd. Euro.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

[Parität] Der Bund als Arbeitgeber wird durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 100 Mio. Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Die Länder und Gemeinden als Arbeitgeber werden durch die Einbeziehung bei der Tragung der Zusatzbeiträge jährlich um rund 800 Mio. Euro belastet. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben über ihren Beitragsanteil zur Krankenversicherung der Rentner durch die paritätische Finanzierung Mehrbelastungen von rund 1,4 Mrd. Euro zu tragen.

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

[Finanzreserven] Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Mrd. Euro. In Folge ergeben sich entsprechende Mindereinnahmen bei den Krankenkassen.

[Beitragsschulden] Im Rahmen der Bereinigung von Mitgliedskonten von „ungeklärt passiven“ Mitgliedern sind auch deren Beitragsschulden zu bereinigen. Die Bereinigung ist faktisch keine Mindereinnahme für die gesetzliche Krankenversicherung, weil diese Beitragsschulden nicht beigetrieben werden können und rein fiktiver Natur sind.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

[Parität] Den Arbeitgebern entsteht im Rahmen der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen kein neuer Erfüllungsaufwand. Die einmaligen Umstellungskosten wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme werden als gering eingeschätzt.

Darüber hinaus entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus keine neuen Informationspflichten, die Bürokratiekosten für die Wirtschaft verursachen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

[Parität] Die einmaligen Umstellungskosten, wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme, soweit sie im Einzelfall von der Verwaltung selber durchzuführen sind, werden als gering eingeschätzt. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst sind.

[Selbstständige] Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlastet die Krankenkassen beim Verwaltungsaufwand. Die bisherige aufwändige Prüfung der Voraussetzungen für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfällt zukünftig. Bei den um die 200.000 Selbstständigen, welche unter die bisherige Härtefallregelung fallen, entfällt für die Bearbeitung bei den Krankenkassen ein Verwaltungsaufwand von etwa 10 Minuten pro Fall. Daraus ergibt sich eine Verringerung der Verwaltungskosten im Umfang von ca. 1,6 Mio. Euro.

[Beitragsschulden] Der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht bei Bereinigung des Mitgliederbestands um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften nur ein geringer Verwaltungsaufwand, da auf vorhandene Informationen zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig entfällt ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der mit der Weiterführung der Mitgliedskonten verbunden wäre. Dem BVA entsteht für Ermittlung und Bescheidung zurückzuzahlender RSA-Zuweisungen ein geringer Verwaltungsaufwand. Für die Prüfdienste des Bundes und der Länder entsteht ebenfalls nur geringer zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da die Prüfung der Bestandsbereinigung im Rahmen der üblichen Vor-Ort-Prüfungen der Krankenkassen durchgeführt werden soll.

[Finanzreserven] Der Abbau der Finanzreserven bei einigen Krankenkassen führt zu keinem messbaren Erfüllungsaufwand. Die anfallenden Aufgaben fallen unter die gewöhnliche Geschäftstätigkeit der Krankenkassen, wie etwa die Anpassung der Satzung aufgrund einer erforderlichen Senkung des Zusatzbeitragssatzes.

[Altersrückstellungen] Den Krankenkassen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

[Parität] Die Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bedeutet für die Wirtschaft eine Mehrbelastung von rund 4,5 Mrd. Euro jährlich.

[Selbstständige] Die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung bedeutet eine Entlastung der selbständig Berufstätigen in Höhe von 800 Mio. Euro jährlich.

[Finanzreserven] Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen kann durch Senkung bzw. Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeber in der Größenordnung von 350 Mio. Euro führen.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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. § 10 Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.
2. In § 171e Absatz 2a Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
3. § 188 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht, solange die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches ermitteln konnte.“
 - bb) In dem neuen Satz 5 wird das Wort „ständigen“ durch das Wort „gewöhnlichen“ ersetzt.
 - b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) 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 Falle der Hilfebedürftigkeit, die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen kann.“
4. § 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 ein Komma ersetzt.
 - c) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. mit dem Tag, an dem weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs besteht, oder

5. mit Ablauf eines Zeitraums von sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem das Mitglied keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen hat, wenn die Krankenkasse seit Beginn dieses Zeitraums weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte.“

5. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nach dem Höchstbeitrag aufgrund nicht vorgelegter Einkommensnachweise endgültig festgesetzt wurden, geringere Einkünfte nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Liegen hinreichende Anhaltspunkte dafür vor, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die nach Absatz 4 anwendbare Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat die Krankenkasse die Beiträge für diese Zeiträume neu festzusetzen. Wird der Beitrag nach Satz 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nicht.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) 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.

bb) Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „und 3“ gestrichen.

6. Dem § 242 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren Betriebsmittel einschließlich der Rücklage den in § 260 Absatz 2 Satz 1 genannten Betrag überschreiten.“

7. § 249 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Beschäftigte, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder 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.

8. § 249a wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge.“

- b) In Satz 2 werden die Wörter „nach dem allgemeinen Beitragssatz“ gestrichen.
9. In § 257 Absatz 2 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 241“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a“ eingefügt.
10. § 260 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch die Wörter „einschließlich der Rücklage nach § 261 dürfen“ ersetzt und wird das Wort „Eineinhalbfache“ durch das Wort „Einfache“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „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 2 übersteigenden Mittel sind innerhalb von drei Haushaltsjahren schrittweise mindestens in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrags 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) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
- „(4) Übersteigen die Betriebsmittel einschließlich der Rücklage nach Ablauf der Frist nach Absatz 2a den nach Absatz 2 Satz 1 oder 2 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.“
11. In § 261 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und darf höchstens das Einfache“ gestrichen.
12. § 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 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.“
13. Nach § 322 wird folgender § 323 eingefügt:

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 nach der Verkündung] nach Maßgabe der folgenden Absätze zu überprüfen und diesen bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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, das Mitglied keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

(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 spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Mitgliedschaften, die die Kriterien des Absatzes 2 insoweit erfüllen, als das Mitglied keine Beiträge geleistet und keine Leistungen in Anspruch genommen hat, sowie versichertenbezogen die Versicherungstage der Mitgliedschaften, die nach Absatz 2 aufgehoben werden. § 268 Absatz 3 Satz 3, 4, 7 und 9 gilt entsprechend. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Prüfung nach Absatz 5 erforderlich ist. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit den Prüfungen nach § 274 befassten Stellen.

(4) Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt wurde, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag 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 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift 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 Absatz 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 und macht diesen durch Bescheid geltend. Zusätzlich zum Korrekturbetrag nach Satz 2 soll es einen Aufschlag in Höhe von 25 Prozent erheben, es sei denn, dies wäre nach Lage des einzelnen Falls unbillig. Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Prüfung ist spätestens bis zum Abschluss der nächsten auf das Ende der Bestandsbereinigung folgenden Prüfung der Datenmeldungen nach § 42 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durchzuführen.

(6) § 240 Absatz 1 Satz 3 und 5 ist auch für Mitglieder anwendbar, deren Beiträge vor dem ... [einsetzen: Tag nach der Verkündung] endgültig festgesetzt wurden. Die Frist für die Vorlage von Einkommensnachweisen beginnt in diesen Fällen mit dem ... [einsetzen: Tag nach der Verkündung]. Die Krankenkasse hat Mitglieder, bei denen Höchstbeiträge nach Satz 1 endgültig festgesetzt wurden, schriftlich darauf hinzuweisen, dass die Einkommensnachweise innerhalb der in Satz 2 genannten Frist vorgelegt werden können.“

Artikel 2

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1, 5 Buchstabe b, 7, 8 und 9 tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

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.

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

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der Gesetzentwurf enthält folgende Maßnahmen:

1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert. 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, Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern).

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst und liegt im Jahr 2018 bei 2.284 Euro. Dies entspricht dem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße.

Durch die Veränderungen des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren hat sich auch die selbstständige Tätigkeit verändert. Viele 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 SGB V der maßgebliche Anteil zur Berechnung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Im Jahr 2018 entspricht dies einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von 1.142 Euro, was einem durchschnittlichen Mindestbeitrag von 171 Euro entsprechen würde.

Die bestehenden Regelungen zur abweichenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Härtefälle und Existenzgründer (60. Teil der Bezugsgröße, 1.522,50 Euro) werden entbehrlich, da diese Konstellationen bereits von der neuen deutlich darunter liegenden Mindestbemessungsgrundlage 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 Mrd. Euro; monatlich ca. 120 Mio. Euro mehr) in den letzten Jahren ist weitgehend auf das Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung zurückzuführen. Zur Lösung wird vorgeschlagen, die Begründung einer freiwilligen Versicherung über die OAV auf Fälle geklärten Aufenthalts zu beschränken, Beendigungstatbestände 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 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 die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (analog zur gesetzlichen Rentenversicherung) gesetzlich definierten Höchstgrenzen vorgesehen und automatische Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung wieder zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert bzw. abgesenkt werden können.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen

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

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 8,3 Mrd. Euro jährlich entlastet. Davon entfallen auf die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes rund 6,9 Mrd. Euro, auf die Entlastung der Selbständigen durch die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage etwa 0,8 Mrd. Euro und auf die möglichen Beitragssenkungen durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen in den Jahren 2019 bis 2021 jährlich rund 0,6 Mrd. Euro.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung).

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

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften in der sog. obligatorischen Anschlussversicherung, wenn Mitglieder unauffindbar 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 Arbeitgebern und Arbeitnehmern für die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Form paritätischer Beiträge und auf eine Beitragsentlastung von Arbeitnehmern und Selbstständigen mit geringem Einkommen.

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung. Er entspricht insbesondere den Managementregel 9 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 Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für Länder und Gemeinden verbunden.

[Parität]

Der Bund als Arbeitgeber wird durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 100 Mio. Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen.

Die Länder und Gemeinden als Arbeitgeber werden durch die Einbeziehung bei der Tragung der Zusatzbeiträge jährlich um rund 800 Mio. 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 Mio. Euro			
Belastung der RV durch Beteiligung an den Zusatzbeiträgen	1.420	1.470	1.520	1.590

Der Bundesagentur für Arbeit entstehen für die Beitragszahlung keine Mehraufwendungen.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf 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 Mio. Euro.

[Finanzreserven]

Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht ab 2019 über einen Zeitraum von drei Jahren Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Mrd. Euro. In Folge ergeben sich entsprechende Mindereinnahmen bei den Krankenkassen. Da einige Krankenkassen auch bei Abschaffung ihres Zusatzbeitrags einen längeren Zeitraum zum Abbau ihrer Reserven benötigen, dürfte es auch danach noch zu Beitragssenkungen kommen – allerdings in sehr deutlich reduziertem und nicht quantifizierbarem Umfang.

[Beitragsschulden]

Im Rahmen der Bereinigung von Mitgliedskonten von „ungeklärt passiven“ Mitgliedern sind auch deren Beitragsschulden zu bereinigen. Die Beitragsschuldenbereinigung bedeutet jedoch faktisch keine Mindereinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung, weil diese Beitragsschulden bei freiwilligen Mitgliedern, deren Aufenthalt seit Beginn der Mitgliedschaft unbekannt ist, die höchstwahrscheinlich nie Kenntnis von ihrer Mitgliedschaft erhalten, die nie bei der Klärung ihrer Beitragsfeststellung mitgewirkt und nie Beiträge gezahlt und Leistungen in Anspruch genommen haben, nicht beigetrieben werden können und daher rein fiktiver Natur sind.

[Altersrückstellungen]

Den Krankenkassen entstehen keine neuen Haushaltsausgaben.

4. Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

[Parität]

Den Arbeitgebern entsteht im Rahmen der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen kein neuer Erfüllungsaufwand. Die einmaligen Umstellungskosten wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme werden als sehr gering eingeschätzt.

Die einmaligen Umstellungskosten, wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme, soweit sie im Einzelfall von der Verwaltung selber durchzuführen sind, werden als gering eingeschätzt. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst sind.

[Selbstständige]

Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlastet die Krankenkassen beim Verwaltungsaufwand. Die bisherige aufwändige Prüfung der Voraussetzungen für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfällt zukünftig. Bei den um die 200.000 Selbstständigen, welche unter die bisherige Härtefallregelung fallen, entfällt für die Bearbeitung bei den Krankenkassen ein Verwaltungsaufwand von etwa 10 Minuten pro Fall. Daraus ergibt sich eine Verringerung der Verwaltungskosten im Umfang von ca. 1,6 Mio. Euro.

[Finanzreserven]

Der Abbau der Finanzreserven bei einigen Krankenkassen führt zu keinem messbaren Erfüllungsaufwand. Die anfallenden Aufgaben fallen unter die gewöhnliche Geschäftstätigkeit der Krankenkassen, wie etwa die Anpassung der Satzung aufgrund einer erforderlichen Senkung des Zusatzbeitragssatzes.

[Beitragsschulden]

Der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht im Rahmen der Bereinigung des Mitgliederbestands um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ein als relativ gering einzuschätzender Verwaltungsaufwand, da auf vorhandene Informationen in den IT-Systemen der Krankenkassen zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig werden die Krankenkassen von erheblichem Verwaltungsaufwand entlastet, der mit der Weiterführung dieser Mitgliedskonten verbunden wäre, wie zum Beispiel weiteren Ermittlungstätigkeiten zum Aufenthalt, ggfs. Mahnschreiben und Zwangsvollstreckungsmaßnahmen. Für die Ermittlung und Bescheidung der von den Krankenkassen zurückzuzahlenden RSA-Zuweisungen für die aufgehobenen Mitgliedschaften entsteht dem BVA geringfügiger Verwaltungsaufwand. Da die Prüfung der Bestandsbereinigung im Rahmen der Vor-Ort-Prüfungen der Versichertenzeiten nach § 42 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durchgeführt werden soll, verursacht diese für die Prüfdienste des Bundes und der Länder ebenfalls nur geringen zusätzlichen Erfüllungsaufwand.

[Altersrückstellungen]

Den Krankenkassen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand. Schon bei den bisherigen Aktienanlagen muss ein entsprechendes Anlagerisikomanagement gewährleistet sein.

5. Weitere Kosten

[Parität] Die Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bedeutet für die Wirtschaft eine Mehrbelastung von rund 4,5 Mrd. Euro jährlich.

[Selbstständige] Die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung bedeutet eine Entlastung der selbständig Berufstätigen in Höhe von 800 Mio. Euro jährlich.

[Finanzreserven] Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen kann durch Senkung bzw. der längeren Beibehaltung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeber in der Größenordnung von 350 Mio. Euro führen.

Aus der veränderten Tragung der Beiträge ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung ergeben sich aus den im Gesetz vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen erfolgt nicht.

Die Übergangsregelung in § 323 SGB V, die eine einmalige Bereinigung der bestehenden freiwilligen Mitgliedschaften für den zurückliegenden Zeitraum zwischen August 2013 und dem Inkrafttreten des Gesetzes vorsieht, ist nicht befristet. Nach vollständiger Durchführung der Bestandsbereinigung ist die Aufhebung der Vorschrift zu prüfen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 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 bzw. bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbemessungsgrundlage 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 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 krankensicherungsrechtlichen 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.

Insoweit profitieren 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.

Für eine Verlängerung der Ausnahmeregelung in § 10 besteht daher keine Notwendigkeit.

Zu Nummer 2 (§ 171e)

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) ist den Krankenkassen in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 des Versorgungsrücklagegesetzes die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von 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 einheitlichen Aktienanteil von 20 Prozent eingeführt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 und § 15 Satz 2 des Versorgungsrücklagegesetzes). Diese Erhöhung des Aktienanteils soll auch für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden. Sie eröffnet mit Blick auf die anhaltende Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten größere Spielräume bei der Anlageentscheidung der Krankenkassen und damit die Chance auf höhere Renditen. Zugleich bleiben die Risiken bezogen auf das Gesamtanlagevolumen begrenzt.

Zu Nummer 3 (§ 188)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 kraft Gesetzes ohne die Mitwirkung des Versicherten begründet, wenn ein Versicherungspflichtverhältnis oder eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet und der Versicherte nicht wirksam und fristgerecht seinen Austritt erklärt. Dabei ist eine Mitgliedschaft nach bisheriger Rechtslage auch dann im Zweifel zu begründen gewesen, wenn die Krankenkasse nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht klären konnte, ob das Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlassen hat. Nicht rechtssicher ausgeschlossen ist somit die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Fall eines nicht mehr vorhandenen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Mitglieds im Geltungsbereich dieser Regelung. Grundsätzlich sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches gemäß § 30 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) nur für diejenigen Personen anzuwenden, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich haben. Entscheidend für die Anwendung der Vorschriften des Sozialgesetzbuches ist danach im Regelfall nicht die Staatsangehörigkeit des Betroffenen, sondern dessen Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Bundesgebiet. Mit der Neuregelung wird diesem für alle Bereiche des Sozialrechts grundsätzlich geltenden Territorialitätsprinzip in der Ausprägung als Wohnortprinzip Rechnung getragen. Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient der redaktionellen Anpassung an die Vorschrift des § 30 Absatz 1 SGB I.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Bedürftigkeit ganz oder teilweise durch Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe übernommen werden. Die Regelung gewährleistet, dass möglicherweise hilfsbedürftige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung frühzeitig und ohne eigene Nachfrage über die Ansprüche auf Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) informiert werden und in der Folge entsprechende Ansprüche möglichst frühzeitig geltend machen. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und bis dahin Beitragsrückstände aufbauen.

[Zu Nummer 4 \(§ 191\)](#)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet kraft Gesetzes, wenn ein in § 191 vorgesehener Beendigungstatbestand erfüllt ist. Die Neuregelung schafft zwei weitere Tatbestände, bei deren Vorliegen freiwillige Mitgliedschaften enden.

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 4 trägt der bereits geltenden Rechtslage Rechnung, nach der die Vorschriften des Sozialrechts nur in seinem Geltungsbereich Anwendung finden. Die Vorschriften des Sozialgesetzbuches gelten gemäß § 30 Absatz 1 SGB I nur für diejenigen Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts haben. Insofern stellt der neue Beendigungstatbestand in Nummer 4 ausdrücklich klar, dass eine freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag endet, an dem weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts besteht.

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 5 sieht darüber hinaus vor, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon ist auszugehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten zum einen das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen in Anspruch nimmt und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung seines Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft nach dem neuen Beendigungstatbestand in Nummer 5 enden, obwohl der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialrechts hat, geht damit für den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung seiner Mitwirkungspflichten und seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit kann der Betroffene eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu begründen, sodass für den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt werden kann.

[Zu Nummer 5 \(§ 240\)](#)

Zu Buchstabe a

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 den Höchstbeitrag zahlen. Dieses Sanktionsinstrument soll freiwillige Mitglieder dazu veranlassen, bei der Feststellung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch Vorlage von Einkommensnachweisen mitzuwirken. Wird der Nachweis niedrigerer Einnahmen nach bestehender Rechtslage nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der endgültigen Festsetzung des Höchstbeitrages erbracht, müssen diese Mitglieder Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze 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 Einkünfte 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 endgültiger Zwangsfestsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung seiner 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 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nicht erhoben.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung zum 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 Bedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse muss zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und dessen Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. 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 nicht erhoben.

Zu Buchstaben b

Die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen werden bei Selbstständigen nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts festgelegt. Dies ermöglicht Selbstständigen anders als abhängig Beschäftigten eine gewisse Gestaltbarkeit ihres Einkommens, zum Beispiel den Abzug von Betriebsausgaben. Die besonderen Mindestbemessungsgrenzen für freiwillig versicherte Selbstständige dienen daher der Beitragsgerechtigkeit gegenüber den 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 (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. 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 Doppelbuchstabe aa

Eine Absenkung auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige in Höhe von 1.141,88 Euro entsprechen. Die monatliche Mindestbeitragsbelastung reduziert sich von durchschnittlich 342,56 Euro auf durchschnittlich 171,28 Euro monatlich. Die bisherige Regelung für Existenzgründer wird ersatzlos gestrichen, da auch diese Gruppe von der geänderten niedrigeren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage profitiert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Sätze 3 bis 5 werden gestrichen, 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.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Nummer 1. Die Verweisung auf § 10 Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen, da § 10 Absatz 1 Satz 3 aus Gründen der Rechtsbereinigung gestrichen wird.

[Zu Nummer 6 \(§ 242\)](#)

Satz 5 ergänzt die Regelungen in den §§ 260 und 261, die die Krankenkassen verpflichten, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, mit dem Ziel, diese

zugunsten der Mitglieder über die Zusatzbeitragssätze abzubauen, wenn sie die gesetzlich festgeschriebene Obergrenze überschreiten. Die Krankenkassen dürfen nach Satz 5 daher ihre Zusatzbeiträge solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

Zu Nummer 7 (§ 249)

Nach bislang geltender Rechtslage tragen die Arbeitgeber von versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Absatz 1 Nummern 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 der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer selbst zu tragen.

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

Zur Umsetzung wird in § 249 Absatz 1 geregelt, dass Arbeitgeber sich hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen der Mitglieder zu beteiligen haben. Damit erfasst die Neuregelung aufgrund der Regelung in § 220 Absatz 1 Satz 1, 2. Halbsatz auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242. Die Regelung gilt aufgrund der Verweisung in § 257 Absatz 1 auf § 249 insbesondere auch für den Beitragszuschuss 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 Nummer 8 (§ 249a)

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.

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

Zu Nummer 9 (§ 257)

Durch die Änderung des § 257 Absatz 2 Satz 2 wird die paritätische Finanzierung der Beiträge 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 privat krankenversichert sind. Der Zuschuss des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag erstreckt sich folglich auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a, höchstens jedoch in der Höhe der Hälfte des Beitrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Damit wird sichergestellt, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar mit dem Beitrag des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte ist.

Zu Nummer 10 (§ 260)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 Betriebsmittel einschließlich der Rücklagen zu verstehen. Dies wird nun im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 13. Mai 1982- 8 RK 30/81) in § 260 klar gestellt und eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Die nach § 260 gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen bestehend aus Betriebsmitteln einschließlich 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 Betriebsmittel 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 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.

Zu Doppelbuchstabe bb

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. Nicht erforderlich ist daher eine höhere Obergrenze bei geschlossenen Betriebskrankenkassen.

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 ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrags. 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 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.

Zu Nummer 11 (§ 261)

Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich.

Zu Nummer 12 (§ 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 2018 rund 9 1/2 Mrd. 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 Mrd. 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. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, 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.

Zu Nummer 13 (§ 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 5 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 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. Es ist davon auszugehen, dass der seit 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.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle laufenden 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, noch Leistungen in Anspruch genommen hat. An einem Kontakt zum Mitglied fehlt es insbesondere dann, wenn der Aufenthaltsort im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht festgestellt werden konnte bzw. keinerlei Mitwirkung des Mitglieds erfolgt ist. Diese Kriterien sind für die Krankenkassen mit vertretbarem Verwaltungsaufwand feststellbar und 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 der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialrechts hat, geht damit für den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung seiner Mitwirkungspflichten und seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit kann der Betroffene eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu begründen, sodass für den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt werden kann.

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 mögliche Leistungsausgaben gegenüberstanden. Insofern sieht die Übergangsvorschrift auch die Korrektur von bereits erhaltenen Zuweisungen vor.

Mit Absatz 3 wird eine Sondermeldung für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eingeführt. Für die Ermittlung des Korrekturbetrages und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den Prüfdiensten der Krankenkassen alle Mitgliedschaftsverhältnisse nach § 188 Absatz 4, in denen das Mitglied weder Beiträge geleistet noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Ferner sind die nach Abschluss der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaftsverhältnisse und die zugehörigen versichertenbezogenen Versichertenzeiten zu melden. Die Sondermeldung hat bis spätestens drei Monate nach Ablauf der Bestandsbereinigung zu erfolgen, damit eine zeitnahe Festlegung von Korrekturbeträgen für Jahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt wurde, durch das Bundesversicherungsamt 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 der Krankenkassen ist die Herstellung des Versichertenbezuges erforderlich. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie des Verfahrens (auch der Herstellung des Versichertenbezuges) bestimmt das Bundesversicherungsamt das Nähere nach Anhörung der Prüfdienste der Krankenkassen. Im Übrigen bleibt die Verpflichtung der Krankenkassen zur Datenmeldung nach § 30 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung unberührt.

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 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung entsprechend anzupassen. Für Ausgleichs-

jahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt wurde, wird das Bundesversicherungsamt ermächtigt, einen Korrekturbetrag zu ermitteln und diesen gegenüber den Krankenkassen durch Bescheid geltend zu machen. Der Korrekturbetrag ist an den Gesundheitsfonds zu erstatten und wird im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet.

Mit der Regelung in Absatz 5 werden die Prüfdienste der Krankenkassen beauftragt, im Rahmen einer Sonderprüfung zu überprüfen, ob die Krankenkassen die Vorgaben zur Bestandsbereinigung nach Absatz 1 und 2 ordnungsgemäß und vollumfänglich eingehalten haben. Die Sonderprüfung kann z. B. in Ergänzung der nächsten Prüfung der Datenmeldungen nach § 42 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durchgeführt werden und hat spätestens bis zum Ende der nächsten zeitlich in Frage kommenden Prüfung zu erfolgen. Werden im Ergebnis der Prüfung bestehende Mitgliedschaften festgestellt, die die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen und daher aufzuheben sind, wird entsprechend zum Verfahren nach Absatz 4 ein Korrekturbetrag durch das Bundesversicherungsamt festgesetzt. Bei Ausgleichsjahren, für die der korrigierte Jahresausgleich noch nicht durchgeführt wurde, kann für die Ermittlung des Korrekturbetrages auch abgewartet werden, inwieweit die Krankenkasse ihre Datenmeldungen nach § 30 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung anpasst. Der Aufschlag nach Absatz 5 Satz 3 ist in jedem Fall zu erheben. 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 Übergangsvorschrift enthält in Absatz 6 eine weitere Regelung, die im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 240 Absatz 1 steht. Danach erhalten freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Beiträge bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung wegen Nichtmitwirkung endgültig auf die Höchstbeiträge festgesetzt wurden, eine Korrektur der Höchstbeitragseinstufung, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Regelung ihre Einkommensnachweise vorlegen. Damit wird eine Ungleichbehandlung freiwilliger Mitglieder in Bezug auf identische, jedoch weiter in der Vergangenheit liegende Fallkonstellationen vermieden.

Die Krankenkassen haben die betroffenen Mitglieder zur Wahrung ihrer Rechte schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Einkommensnachweise noch im Rahmen der gesetzlich verlängerten Frist von zwölf Monaten nachgereicht werden können.

[Zu Artikel 2 \(Inkrafttreten\)](#)

Das spätere Inkrafttreten der beitragsrechtlichen Regelung in Artikel 1 Nummer 5b, 7, 8 und 9 zum 1. Januar 2019 stellt sicher, dass Krankenkassen, Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger die Regelungen technisch und organisatorisch mit der notwendigen Vorlaufzeit umsetzen können.

Die Rechtsbereinigung nach Artikel 1 Nummer 1 tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem die Frist für die Geltung der Regelung am 31. Dezember 2018 abgelaufen ist.