

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4454, 19/4552 –

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-Versichertenentlastungsgesetz- GKV-VEG

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke,
Jürgen Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/4538 –

Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur
gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von
Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-
Dugnus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/4320 –

Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für
freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/102 –

Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4244 –

Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019

A. Problem

Zu Buchstabe a

Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten nach Darstellung der Bundesregierung erhebliche finanzielle Rücklagen aufbauen. Damit bestehe das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf 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 könne eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden.

Zu Buchstabe b

Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 haben CDU, CSU und SPD nach Angaben der Antragsteller als Absicht festgeschrieben, dass schrittweise kostendeckende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) eingeführt und aus Steuermitteln finanziert werden

sollten. Dieses Vorhaben dulde keinen Aufschub. Die Deckungslücke für die Leistungsausgaben für ALG II-Empfänger bei der GKV sei mehrere Milliarden Euro groß. Im Jahr 2016 seien für alleinige ALG II-Bezieher ca. 4 Milliarden Euro vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlt worden. Die Ausgaben der GKV für diese Gruppe hätten aber ca. 12,7 Milliarden Euro betragen, die Unterdeckung somit ca. 8,7 Milliarden Euro.

Zu Buchstabe c

Selbstständige sind ein wichtiger Bestandteil einer vielfältigen, innovativen und leistungsstarken Wirtschaft, so die FDP-Fraktion. Deshalb gelte es, Selbstständige und insbesondere Gründerinnen und Gründer politisch zu unterstützen. Die Regelung zur Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillig versicherte Selbstständige mit niedrigem Einkommen erfülle diesen Zweck nicht.

Zu Buchstabe d

Etwa 6 Millionen Menschen, also knapp 11 Prozent der Beitragszahlenden, sind nach Angaben der Fraktion DIE LINKE. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Für diese Gruppe gebe es die Sonderregelung des Mindestbeitrags. Bei Selbstständigen werde grundsätzlich angenommen, dass sie ein fiktives Einkommen in Höhe von 4 425 Euro im Monat hätten, auf das dann unabhängig vom meist geringeren tatsächlichen Einkommen Beiträge erhoben würden. Hunderttausende Selbstständige hätten aber tatsächlich ein deutlich geringeres Einkommen, genauso wie zum Beispiel Rentnerinnen und Rentner, die nicht die Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner erfüllten, oder Studierende über 29 Jahre oder nach dem 14. Fachsemester. Im Ergebnis zahlten wegen der Mindestbeiträge viele Versicherte höhere Beiträge als dies ihrem Einkommen entspreche.

Zu Buchstabe e

Die Maßnahmen des Versichertenentlastungsgesetzes bleiben nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. weit hinter dem zurück, was schnell und unkompliziert geregelt werden könnte, um Ungerechtigkeiten zu beseitigen sowie die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Es seien daher rasch weitergehende Maßnahmen nötig, die einerseits das Versichertenentlastungsgesetz ergänzten und andererseits eine weitere Entwicklungsperspektive aufzeigen könnten.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Ab dem 1. Januar 2019 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen werden. Der bisherige Zusatzbeitrag soll paritätisch finanziert werden. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige soll so geändert werden, dass sie im Jahr 2018 monatlich 1 141,88 Euro (anstatt derzeit 2 283,75 Euro) entsprechen würde. Dies würde einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171,28 Euro bedeuten. Außerdem sollen zur Reduzierung von Beitragsschulden Maßnahmen ergriffen und zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler Finanzreserven abgeschmolzen werden. Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Kranken-

kassen sollen zudem vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vereinbarte schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur GKV für ALG II-Bezieher soll umgesetzt und eine Unterdeckung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für ALG II-Empfänger vom Bund innerhalb der nächsten zehn Jahre vollständig ausgeglichen werden.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4538 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich selbstständig Tätige soll nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die Geringfügigkeitsgrenze (in Höhe von derzeit 450 Euro) abgesenkt und die Beiträge hauptberuflich Selbstständiger für die gesetzliche Krankenkasse anhand des tatsächlichen Einkommens bemessen werden. Außerdem sollen die Einkünfte jährlich rückwirkend anhand der Einkommensteuerbescheide nachzuweisen sein.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4320 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE.

Zu Buchstabe d

Die Mindestbeitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die allgemeine Mindestbeitragsbemessung für freiwillig Versicherte nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen auf die Geringfügigkeitsgrenze (derzeit 450 Euro) abgesenkt werden. Bei höheren Einkommen sollen einkommensabhängige Beiträge gelten. Außerdem sollen alle Beitragsschulden erlassen werden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen nach § 240 Absatz 4 SGB V bis zu dieser Neuregelung entstanden seien.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/102 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP.

Zu Buchstabe e

Die Zusatzbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollen nicht nur paritätisch finanziert, sondern abgeschafft werden. Hohe Rücklagen bei Krankenkassen sollen nicht zur Beitragssenkung bei den betroffenen Kassen genutzt werden, sondern Leistungsverbesserungen damit finanziert werden. Außerdem sollen Zuzahlungen abgeschafft und der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung um gesundheitlich notwendige, aber bislang von den Versicherten getragene Leistungen wie zum Beispiel Zahnersatz und Sehhilfen erweitert werden.

Ablehnung des Antrages auf Drucksache 19/4244 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4554, 19/4552.

Zu Buchstaben b bis e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Der Bund als Arbeitgeber wird nach Angaben der Bundesregierung durch die paritätische Beitragsfinanzierung um jährlich rund 30 Millionen Euro belastet. Die Mehrausgaben seien in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem ergäben sich Mehrausgaben im Rahmen des Zuschusses des Bundes nach dem Künstler-sozialversicherungsgesetz in Höhe von jährlich rund 6 Millionen Euro. Die zusätzlichen Erstattungen des Bundes an die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜG) würden im Jahr 2019 jährlich rund 25,5 Millionen Euro betragen. Von den neuen Ländern würden dem Bund für die Mehraufwendungen der überführten Ansprüche aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR im Jahr 2019 rund 13,2 Millionen Euro erstattet. Der Bund trage gemäß § 215 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch das Defizit in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Durch die künftige paritätische Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes seien deshalb in der knappschaftlichen Rentenversicherung ab dem Jahr 2019 jährliche Mehrausgaben des Bundes in Höhe von etwa 40 Millionen Euro zu erwarten. Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermögliche ab dem Jahr 2020 Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Milliarden Euro. Infolge ergäben sich entsprechende Mindereinnahmen bei den Krankenkassen. Im Rahmen der Bereinigung von Mitgliedskonten von „ungeklärten passiven“ Mitgliedern seien auch deren Beitragsschulden zu bereinigen. Die Bereinigung sei faktisch keine Mindereinnahme für die gesetzliche Krankenversicherung, weil diese Beitragsschulden nicht beigetrieben werden könnten und rein fiktiver Natur seien.

Zu den Buchstaben b bis e

Haushaltsangaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern entsteht laut Bundesregierung im Rahmen der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen kein neuer Erfüllungsaufwand. Die einmaligen Umstellungskosten wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme werden als gering eingeschätzt. Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlaste diese von Bürokratie. Die bisher erforderliche Antragstellung für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfalle zukünftig. Entlastet würden insofern mindestens 200 000 Selbstständige, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, von einem Zeitaufwand von jeweils etwa 27 Minuten und Sachkosten. Dementsprechend sei von einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Selbstständige im Umfang von rund 2,9 Millionen Euro auszugehen. Im Sinne der ‚One in one out‘-Regel der Bundesregierung stelle der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben eine Entlastung in Höhe von 2,9 Millionen Euro dar. Darüber hinaus entstehe kein neuer Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die zuvor genannte Entlastung der Selbstständigen entfalle vollständig auf Bürokratiekosten. Das Gesetz enthalte darüber hinaus keine neuen Informationspflichten, die Bürokratiekosten für die Wirtschaft verursachten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Die einmaligen Umstellungskosten, wegen der erforderlichen Softwareanpassung der Abrechnungssysteme, sofern sie im Einzelfall von der Verwaltung selber durchzuführen seien, werden als gering eingeschätzt. Zudem sei davon auszugehen, dass diese durch die Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst seien. Die deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige entlaste die Krankenkassen beim Verwaltungsaufwand. Die bisherige aufwändige Prüfung der Voraussetzungen für die Härtefallregelung und die Sonderregelung für Existenzgründer entfalle zukünftig. Bei etwa 200 000 Selbstständigen, die unter die bisherige Härtefallregelung fallen, entfalle für die Bearbeitung bei den Krankenkassen ein Verwaltungsaufwand von etwa 10 Minuten pro Fall. Daraus ergibt sich eine Verringerung der Verwaltungskosten im Umfang von etwa 1,6 Millionen Euro.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehe bei Bereinigung des Mitgliederbestands um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften nur ein geringer Verwaltungsaufwand, da auf vorhandene Informationen zurückgegriffen werden könne. Gleichzeitig entfalle ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der mit der Weiterführung der Mitgliedskonten verbunden wäre. Dem Bundesversicherungsamt entstehe für Ermittlung und Bescheidung zurückzuzahlender RSA-Zuweisungen ein geringer Verwaltungsaufwand. Für die Prüfdienste des Bundes und der Länder entstehe ebenfalls nur ein geringer zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da die Prüfung der Bestandsbereinigung im Rahmen der üblichen Vor-Ort-Prüfungen der Krankenkassen durchgeführt werden solle. Soweit aus dem Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden dem Bund Erfüllungsaufwand entstehe, werde dieser innerhalb des jeweils betroffenen Einzelplans eingespart.

Der Abbau der Finanzreserven bei einigen Krankenkassen führe zu keinem messbaren Erfüllungsaufwand. Die anfallenden Aufgaben fielen unter die gewöhnliche

Geschäftstätigkeit der Krankenkassen, wie etwa die Anpassung der Satzung auf Grund einer erforderlichen Senkung des Zusatzbeitragssatzes. Den Sozialversicherungsträgern entstehe kein neuer Erfüllungsaufwand bei den Altersrückstellungen.

Infolge der Neuregelungen für Soldatinnen und Soldaten auf Zeit werde insgesamt von einer Entlastung im Verwaltungsaufwand ausgegangen. Für die Festsetzung und Einpflege des neuen Beitragszuschusses in das Zahlungssystem entstehe ein Mehraufwand von etwa 90 000 Euro jährlich. Dagegen entfalle die Bearbeitung der Beihilfeanträge der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit und ihrer Angehörigen. Dies führe zu einer Entlastung in Höhe von etwa 305 000 Euro jährlich. Somit führe die Regelung zu einer Einsparung im Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 215 000 Euro jährlich.

Zu den Buchstaben b bis e

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Die Wiederherstellung der vollständigen paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer bedeute für die Wirtschaft ab dem Jahr 2019 eine Mehrbelastung von rund 4,9 Milliarden Euro jährlich.

Die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung bedeute eine Entlastung der selbstständig Berufstätigen ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 800 Millionen Euro jährlich.

Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen könne durch Senkung beziehungsweise Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber ab dem Jahr 2020 über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund 0,25 bis 0,5 Milliarden Euro führen.

Zu den Buchstaben b bis e

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der aus der nachfolgenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/4320 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 19/4244 abzulehnen.

Berlin, den 17. Oktober 2018

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdgel

Ausschussvorsitzender

Karin Maag
Berichterstatterin

Bärbel Bas
Berichterstatterin

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatter

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatterin

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Maria Klein Schmeink
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

– Drucksachen 19/4454, 19/4552 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung	Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)	(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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:	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:
	0. Dem § 8 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.“
1. Nach § 16 Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„(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.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. In § 171b Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.	2. un v e r ä n d e r t
3. In § 171e Absatz 2a Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.	3. § 171e Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“
4. § 188 wird wie folgt geändert:	4. un v e r ä n d e r t
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:	5. un v e r ä n d e r t
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.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„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.“</p>	
	<p>5a. In § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat“ eingefügt.</p>
<p>6. Dem § 240 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>	<p>6. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund 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.“</p>	
<p>7. Dem § 242 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>7. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„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.“</p>	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. § 260 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„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.“</p>	
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
<p>„(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 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.“</p>	
c) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:	
<p>„(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.“</p>	
<p>(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.“</p>	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. In § 261 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und darf höchstens das Einfache“ gestrichen.	9. un verändert
10. Dem § 268 wird folgender Absatz 5 angefügt:	10. un verändert
„(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:	11. un verändert
„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:	entfällt
„§ 323	
<i>Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4</i>	
<i>(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.</i>	
<i>(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.</i>	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(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.“</p>	
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
<p>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:</p>	<p>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:</p>
1. § 9 wird wie folgt geändert:	1. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 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.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
„8. Personen, die als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.“	„8. Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
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:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„6. im Falle 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.	2. un verändert
	2a. Dem § 188 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.“
	2b. § 224 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 224 Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Elterngeld“.
	b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder Betreuungsgeld“ gestrichen.
	c) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Für die Dauer des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld gilt § 240 Absatz 4 Satz 1 nicht.“
3. § 240 Absatz 4 wird wie folgt geändert:	3. § 240 Absatz 4 Satz 2 bis 6 wird aufgehoben.
a) <i>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.</i>	entfällt
b) <i>Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.</i>	entfällt
	3a. In § 247 Satz 2 werden nach dem Wort „Beitragsatzes“ die Wörter „und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes“ eingefügt.
4. § 248 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	4. un verändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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:	5. u n v e r ä n d e r t
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:	6. u n v e r ä n d e r t
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.“	
b) In Satz 2 werden die Wörter „nach dem allgemeinen Beitragssatz“ gestrichen.	
7. § 257 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
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.	
	8. Folgender § 323 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 323
	Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung
	(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 nach Maßgabe der folgenden Absätze zu überprüfen und ihn bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen.
	(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen 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
	1. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die nach Absatz 2 aufgehoben wurden, und
	2. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und die die Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen außerdem die Mitgliedschaften und die davon abgeleiteten Familienversicherungen je Berichtsjahr, die die Kriterien des Absatzes 2 insoweit erfüllen, als die Mitglieder keine Beiträge geleistet und die Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen 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.</p>
	<p>(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.</p>

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(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.“</p>
	9. Folgender § 324 wird angefügt:
	„§ 324
	Übergangsregelung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit
	<p>Für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit seit dem 15. März 2012, aber vor dem 31. Dezember 2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind und am 1. Januar 2019 das 55. Lebensjahr vollendet haben, gilt § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 entsprechend. Der Beitritt ist der Krankenkasse bis zum Ablauf des 31. März 2019 schriftlich anzuzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.“</p>
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
<p>§ 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:</p>	
1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Nach den Wörtern „Beitragsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ werden die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes 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 Zusatzbeitragsatzes nach § 242a des Fünften Buches“ eingefügt.	
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
<i>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.</i>	§ 172c Absatz 1a 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 wie folgt geändert:
	1. In Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
	2. Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
<i>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.</i>	Das Elfte Buch 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, wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. In § 25 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Abs. 1 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.
	2. In § 33 Absatz 3 werden nach den Wörtern „sozialen Pflegeversicherung“ die Wörter „oder von Familienversicherung nach § 25“ eingefügt.
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
<p>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.</p>	<p>§ 7 Absatz 1a 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 wie folgt geändert:</p>
	1. In Satz 2 wird die Angabe „10 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
	2. Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
<p>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:</p>	<p>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:</p>
	0. Dem § 4 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>1. Dem § 8 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:</p> <p>„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.“</p>	<p>1. un v e r ä n d e r t</p>
<p>2. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:</p> <p>„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.“</p>	<p>2. un v e r ä n d e r t</p>
<p>3. § 39 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>3. § 39 wird wie folgt geändert:</p>
<p>„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.“</p>	<p>a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:</p> <p>un v e r ä n d e r t</p>
	<p>b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“</p>
<p>4. § 48 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>4. un v e r ä n d e r t</p>
<p>„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.“</p>	
<p>5. Folgender § 66 wird angefügt:</p>	<p>5. Folgender § 66 wird angefügt:</p>

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 66	„§66
Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung <i>nach § 22 Absatz 3</i>	Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung
(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.	(1) Die Krankenkasse hat ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 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.“	(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen 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	Artikel 8
Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte	u n v e r ä n d e r t
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 Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
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	Artikel 10
Änderung des Soldatengesetzes	u n v e r ä n d e r t
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 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 Bundesbeamtenengesetzes und die Bundesbeihilfeverordnung sind entsprechend anzuwenden auf	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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	Artikel 11
Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes	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:	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:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Die Angabe zu § 12 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:	a) Die Angabe zu § 12 wird durch die folgenden Angaben zu den §§ 11b und 12 ersetzt:
„b) Beitragszuschüsse zur <i>Krankenversicherung</i> § 11b	„b) Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung § 11b
c) Übergangsbeihilfe § 12“.	c) u n v e r ä n d e r t
b) Folgende Angabe wird angefügt:	b) Folgende Angabe wird angefügt:
„18. Übergangsregelungen aus Anlass des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung § 106“.	„18. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:	2. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:
	„§ 11b
	Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
	<p>(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Empfängerinnen oder Empfänger von Übergangsgebühren erhalten während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebühren einen Beitragszuschuss zu ihren Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebühren zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung, wenn sie</p>
	<p>1. nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch pflichtversichert oder</p>
	<p>2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.</p>
	<p>Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 61 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuches besteht.</p>

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(2) Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte Empfängerinnen oder Empfänger von Übergangsgebührrnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs der Übergangsgebührrnisse einen Zuschuss zu ihren Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, soweit sie Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen. Der Anspruch erstreckt sich auch auf die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für Angehörige, die bei Versicherung der Empfängerin oder des Empfängers von Übergangsgebührrnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuches familienversichert wären. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 61 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuches oder 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 sowie der Hälfte des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Zugrundelegung der Übergangsgebührrnisse als beitragspflichtige Einnahme. Sind die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung niedriger als die Beiträge, die auf der Grundlage der Übergangsgebührrnisse als Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten wären, wird als Zuschuss höchstens die Hälfte des Betrages gezahlt, den die Empfängerin oder der Empfänger von Übergangsgebührrnissen für seine private Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen hat.</p>

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für einen Zeitraum, für den nach § 11 Absatz 7 Satz 1 Übergangsgebühnisse nicht zustehen. Bei der Bemessung des Zuschusses ist in diesem Zeitraum das Versorgungskrankengeld als beitragspflichtige Einnahme zugrunde zu legen.“</p>
<p>„§ 11b</p>	<p>„§ 11b</p>
<p><i>Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung</i></p>	<p>entfällt</p>
<p>(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühnissen erhalten während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebühnissen einen Beitragszuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebühnisse zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie nach</p>	
<p>1. § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch pflichtversichert sind oder</p>	
<p>2. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig versichert sind.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(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 Empfängerin oder der Empfänger von Übergangsgebührrnissen für seine private Krankenversicherung zu zahlen hat.</p>	
<p>(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für einen Zeitraum, für den nach § 11 Absatz 7 Satz 1 des Soldatenversorgungsgesetzes Übergangsgebührrnisse nicht zustehen.“</p>	
	<p>2a. § 12 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Der Anspruch auf Übergangsbeihilfe entsteht am Tage des Ausscheidens aus dem Dienst; die Übergangsbeihilfe wird in einer Summe gezahlt.“</p>
<p>3. Nach § 105 wird folgende Gliederungseinheit 18 angefügt:</p>	<p>3. un verändert</p>

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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 Übergangsgeldern ist das Soldatenversorgungsgesetz in der bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.“	
	Artikel 11a
	Änderung des Eignungsübungsgesetzes
	Das Eignungsübungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 53-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 77 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 8 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung zahlt der Bund den zuständigen Trägern der Krankenversicherung den Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Bemessung des Beitrags wird 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt und gilt der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
	2. § 8a Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:
	„(2) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung wird bei der Bemessung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(3) Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen entsprechenden Beitragszuschuss zur privaten Pflege-Pflichtversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Eignungsübende für seine private Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen hat.“
	3. § 10 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Beitragsbemessungsgrundlage ist die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.“
Artikel 12	Artikel 12
Änderung der Bundesbeihilfeverordnung	u n v e r ä n d e r t
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 „Übergangsgebühnisse,“ gestrichen.	
	Artikel 12a
	Änderung der Beitragsverfahrensverordnung
	In § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 7. Dezember 2017 (BGBl. I S. 3906) geändert worden ist, werden die Wörter „des halben um den vom Arbeitnehmer allein zu tragenden Beitragsanteil reduzierten Beitragssatzes in“ gestrichen und werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt.
Artikel 13	Artikel 13
Inkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich <i>des Absatzes 2</i> am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der folgenden Absätze am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(1a) Artikel 1 Nummer 7 tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag der zweiten Beratung] in Kraft.
(2) Die Artikel 2, 3, 5, 7 Nummer 3 und 4 sowie die Artikel 8, 9, 10, 11 und 12 treten am 1. Januar 2019 in Kraft.	(2) Die Artikel 2, 3, 5, 7 Nummer 3, 4 und 5 sowie die Artikel 8, 9, 10, 11, 12 und 12a treten am 1. Januar 2019 in Kraft.
	(3) Artikel 2 Nummer 9 tritt am 1. April 2019 außer Kraft.
	(4) Artikel 11a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Bärbel Bas, Dr. Axel Gehrke, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler und Maria Klein Schmeink*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.***A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung****Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4454 in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Verteidigungsausschuss überwiesen sowie an den Haushaltsausschuss zur Mitberatung überwiesen und ihn nach § 96 der Geschäftsordnung beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/4538 in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu den Buchstaben c und e

Der Deutsche Bundestag hat die Anträge auf den Drucksachen 19/4320 und 19/4244 in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/102 in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen**Zu Buchstabe a**

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet nach Darstellung der Bundesregierung eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle versicherten Bürgerinnen und Bürger. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität seien auf Grund der positiven Wirtschaftsentwicklung in Deutschland gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickelten sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit bestehe das Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Der Gesetzentwurf ziele 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 worden seien, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern wieder zu Gute kommen und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Dadurch könne eine Beitragsentlastung von rund 8 Milliarden Euro jährlich erreicht werden. Außerdem solle die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Sie sollten sich nach Ende ihrer Dienstzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern können und übergangsweise einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Ab dem 1. Januar

2019 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von den Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Beschäftigten beziehungsweise von der Rentenversicherung und den Rentnerinnen und Rentnern getragen werden. Der bisherige Zusatzbeitrag soll paritätisch finanziert werden.

Selbstständige zahlten ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die anhand der monatlichen Bezugsgröße jährlich angepasst werde. Die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags entspreche dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Da viele Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer damit finanziell überfordert seien, werde die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße halbiert. Das würde im Jahr 2018 einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich 1 141,88 Euro (anstatt 2 283,75 Euro) entsprechen, was einen durchschnittlichen Mindestbeitrag von monatlich 171,28 Euro bedeuten würde.

Der in den letzten Jahren überproportionale statistische Anstieg der Beitragsschulden bei den Krankenkassen sei weitgehend auf Fälle ungeklärter Mitgliedschaften zurückzuführen. Daher werde ein Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften geschaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt sei, 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.

Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen sollen vorhandene Spielräume für Entlastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge stärker genutzt werden. Es gebe keinen Grund, von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern, also von Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern und den Mitgliedern, hohe Zusatzbeiträge zu verlangen, wenn die Rücklagen einer Krankenkasse die notwendigen Höchstreserven überstiegen. Deshalb würden für die Finanzreserven gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden könnten. Die Abbaumechanismen sollen nach einer Reform des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2020 greifen.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden den Angaben zufolge durch die Maßnahmen des Gesetzes mit einem Volumen von insgesamt etwa 8 Milliarden Euro jährlich entlastet. Davon entfielen 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 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)**, erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf, da das Ressort den aus diesem Regelungsvorhaben resultierenden Erfüllungsaufwand nachvollziehbar und plausibel dargestellt habe.

Der **Bundesrat** hat in seiner Stellungnahme mehrere Änderungen des Gesetzentwurfs vorgeschlagen, insbesondere die Erhöhung der vorgesehenen Höchstgrenze für Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen und eine Ausweitung der Ausnahmen für kleinere gesetzliche Krankenkassen, den Verzicht auf den Zwang zur Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags bei überschüssigen Finanzreserven, den Verzicht auf eine Bereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften und auf eine Rückabwicklung der Zuweisungen an die Krankenkassen für die Vergangenheit.

Darüber hinaus beziehen sich die Forderungen des Bundesrates auf andere, im Gesetzentwurf bisher nicht enthaltene Regelungsgegenstände, wie Maßnahmen für privat krankenversicherte Selbstständige, die Aufstockung der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Schaffung finanzieller Anreize für zusätzliche Versorgungsangebote in ärztlich unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten, die Ermöglichung von selektivvertraglichen Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die stufenweise Anhebung der Beiträge des Bundes an den Gesundheitsfonds für Empfänger von Arbeitslosengeld II.

Die Vorschläge des Bundesrates zum Gesetzentwurf sind aus Sicht der **Bundesregierung** abzulehnen. Das betrifft insbesondere die Forderungen nach einer Lockerung der Regelungen zum Abbau übermäßiger Finanzreserven und einem Verzicht auf die Bereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften samt Rückabwicklung der darauf erfolgten Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Im Übrigen verweist die Gegenäußerung der Bundesregierung hinsichtlich der anderen, bisher im Gesetzentwurf

nicht enthaltenen Regelungsgegenstände auf die Gesetzesinitiative der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) und auf die Vereinbarungen des Koalitionsvertrages (Drucksache 19/4552).

Zu Buchstabe b

Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 haben CDU, CSU und SPD nach Darstellung der Antragsteller als Absicht festgeschrieben „Wir wollen die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanzieren.“ Dieses Vorhaben dulde keinen Aufschub. Die Deckungslücke für die Leistungsausgaben für ALG-II-Empfänger bei der GKV sei mehrere Milliarden groß. Im Jahr 2016 seien für alleinige ALG-II-Bezieher ca. 4 Milliarden Euro vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlt worden. Die Ausgaben der GKV für diese Gruppe hätten aber ca. 12,7 Milliarden Euro und die Unterdeckung somit ca. 8,7 Milliarden Euro betragen. Insgesamt stünden in der GKV für diese Versichertengruppen Einnahmen von ca. 5,9 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von ca. 15,5 Milliarden Euro gegenüber. Die Unterdeckung habe somit ca. 9,6 Milliarden Euro im Jahr 2016 betragen. Die sozialpolitische Last der Gesundheitsversorgung von ALG-II-Empfängern werde somit in Milliardenhöhe auf die Schultern der GKV-Beitragszahler - der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber – gelegt. Dort gehöre sie aber als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht hin, zumal höhere Lohnnebenkosten stets mit der Abnahme der Zahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze einhergingen und umgekehrt.

Zu Buchstabe c

Selbstständige sind nach Überzeugung der FDP-Fraktion ein wichtiger Bestandteil einer vielfältigen, innovativen und leistungsstarken Wirtschaft. Deshalb gelte es, Selbstständige und insbesondere Gründerinnen und Gründer politisch zu unterstützen. Die Regelung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillig versicherte Selbstständige mit niedrigen Einkommen erfülle diesen Zweck nicht. Im Gegensatz zu abhängig Beschäftigten orientierten sich die Beiträge von Selbstständigen mit kleineren Einkommen an der Mindestbeitragsbemessungsgrenze von derzeit monatlich 2 283,75 Euro. So zahlten Selbstständige mit Einkommen unterhalb dieses Betrags überhöhte Krankenversicherungsbeiträge, weil sich diese an der fiktiven Mindestbeitragsbemessungsgrenze und nicht an den tatsächlichen Einnahmen orientierten. Diese Ungleichbehandlung gegenüber abhängig Beschäftigten sei unfair. Zudem könnten hauptberuflich Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien und deren Einkommen unterhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrenze liege, die geforderten Beiträge oftmals nicht begleichen. Daher solle die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die Geringfügigkeitsgrenze (in Höhe von derzeit 450 Euro) abgesenkt werden und die GKV-Beiträge dieser Personengruppe anhand des tatsächlichen Einkommens bemessen werden, wenn dieses die Mindestbeitragsbemessungsgrenze übersteige, aber den für den Kalendertag 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) nicht erreiche. Weiter wird eine faire, einkommensorientierte Neuregelung, die insbesondere Selbstständige mit kleinem Einkommen entlastet und Anreize zur selbstständigen Tätigkeit schaffe, gefordert.

Zu Buchstabe d

Die meisten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seien pflichtversichert, beispielsweise Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit weniger als 4 950 Euro Bruttoeinkommen im Monat (Wert für 2018, wie auch im Folgenden), schreibt die Fraktion DIE LINKE. Der Arbeitgeber führe ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ab, die sich prozentual aus dem Gehalt errechneten. Ebenso würden bei der Berechnung der Nettorentenbezüge in der Krankenversicherung der Rentner auf Basis der tatsächlichen Rente Beiträge abgeführt. Etwa 6 Millionen Menschen, also knapp 11 Prozent der Beitragszahlenden, seien allerdings freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Das bedeute, dass sie sich grundsätzlich auch für die private Krankenversicherung (PKV) entscheiden könnten. Für diese Gruppe gebe es eine Sonderregelung, den Mindestbeitrag. Bei Selbstständigen werde grundsätzlich angenommen, dass sie ein fiktives Einkommen in Höhe von 4 425 Euro im Monat hätten, auf das dann unabhängig vom meist geringeren tatsächlichen Einkommen Beiträge erhoben werden. Weisen sie ein niedrigeres Einkommen nach, verringere sich zwar das fiktive Einkommen, allerdings auf nicht unter 2 283,75 Euro. Nur unter sehr engen Voraussetzungen könne das fiktive Einkommen auf bis zu 1 522,50 Euro abgesenkt werden. Hunderttausende Selbstständige hätten aber tatsächlich ein deutlich geringeres Einkommen. Daher solle die Mindestbeitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die allgemeine Mindestbeitragsbemessung für freiwillig Versicherte nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze (derzeit 450 Euro) abgesenkt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

werden. Bei höheren Einkommen sollten einkommensabhängige Beiträge gelten. Zudem sollen alle Beitrags-schulden erlassen werden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen nach § 240 Absatz 4 SGB V bis zu dieser Neuregelung entstanden seien.

Zu Buchstabe e

Einige Vorschläge des Entwurfs eines Versichertenentlastungsgesetzes geht nach Meinung der Fraktion DIE LINKE. zwar in die richtige Richtung, wie zum Beispiel die paritätische Beitragszahlung oder die mäßige Absenkung der Mindestbeiträge der Selbstständigen. Diese Maßnahmen blieben jedoch weit hinter dem zurück, was schnell und unkompliziert geregelt werden könne, um Ungerechtigkeiten zu beseitigen sowie die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Es seien daher rasche weitergehende Maßnahmen nötig, die einerseits das Versichertenentlastungsgesetz ergänzten und andererseits eine weitere Entwicklungsperspektive aufzeigen könnten. So sollten die Zusatzbeiträge nicht nur paritätisch finanziert, sondern abgeschafft werden, hohe Rücklagen bei Krankenkassen nicht zur Beitragssenkung bei den betroffenen Kassen genutzt, sondern damit Leistungsverbesserungen finanziert werden. Außerdem solle eine wirkliche paritätische Finanzierung der Krankenkassen durch Arbeitgeber und Versicherte eingeführt werden, welche nicht nur eine Parität der Beitragszahlungen, sondern auch die Abschaffung von Zuzahlungen und die Erweiterung des Leistungskatalogs um gesundheitlich notwendige, aber bislang von den Versicherten getragene Leistungen wie zum Beispiel Zahnersatz und Sehhilfen umfasse sowie die Mindestbemessung aller freiwillig Versicherten auf 450 Euro monatlich reduziert werden.

Es sei nicht einzusehen, weshalb gesetzlich Krankenversicherte – und zukünftig wieder ihre Arbeitgeber – je nach Krankenkasse unterschiedlich hohe Beiträge zahlen müssten, obwohl über 99 Prozent der Leistungen gesetzlich vorgegeben und damit identisch seien. Unterschiedliche Leistungen seien in einem solidarischen System, das sich grundsätzlich nach der Evidenz zu richten habe, auch nicht statthaft. Daher soll ein für alle Krankenkassen einheitlicher Beitragssatz gelten. Dafür notwendig sei zwingend eine stärkere Orientierung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an den tatsächlich notwendigen und getätigten Ausgaben für die Versicherten.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4454 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 18. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4454 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltsausschuss auf Grund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat im Umlaufverfahren am 18. September 2018 im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag festgestellt, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte nicht erforderlich ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 15. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 23. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 17. Sitzung am 17. Oktober 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 17. Sitzung am 27. Juni 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 sowie zu dem Antrag auf Drucksache 19/4454 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 19. Sitzung am 26. September 2018 hat der Ausschuss zudem beschlossen, zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4538, 19/4320 und 19/102 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 20. Sitzung am 8. Oktober 2018 hat der Ausschuss die Beratungen über die Vorlagen aufgenommen.

Die Anhörung fand in der 21. Sitzung am 8. Oktober 2018 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), AWO Bundesverband Berlin e. V., BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesverband für Kindertagespflege e. V. (BVKTP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Der Paritätische Gesamtverband (DPWV), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Bundeswehrverband e. V. (DBwV), Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB), Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK), GKV-Spitzenverband (GKV), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Martin Albrecht (IGES Institut GmbH), Prof. Dr. Stefan Greß (Hochschule Fulda), Dr. Andreas Lutz (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)), Prof. Dr. Stefan Sell (Hochschule Koblenz), Prof. Dr. Helge Sodan (Freie Universität Berlin), Carola Sraier (BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)), Prof. Dr. Volker Ulrich (Universität Bayreuth), Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen). Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der Ausschuss hat die Beratungen in seiner 24. Sitzung am 17. Oktober 2018 fortgeführt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen.

Der Ausschuss empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4538 abzulehnen.

Der Ausschuss empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/4320 abzulehnen.

Der Ausschuss empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP, den Antrag auf Drucksache 19/102 abzulehnen.

Der Ausschuss empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/4244 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4454, 19/4552 beschlossen. Diese betreffen insbesondere Detailregelungen zur paritätischen Beitragsfinanzierung hinsichtlich der Verbeitragung ausländischer Renten, zur Beitragsberechnung in der Gleitzone nach § 20 SGB IV, Detailregelungen zum Inkrafttreten des Verbots der Anhebung von Zusatzbeiträgen bei Überschreiten der zulässigen Obergrenzen für Finanzreserven, Klarstellungen zur Bereinigung aufzuhebender Mitgliedschaften aus der obligatorischen Anschlussversicherung mit Regelung zum Inkrafttreten am 1. Januar 2019 sowie zur Möglichkeit der Aktienanlage für Altersrückstellungen. Darüber hinaus wurden Regelungen beschlossen, die für den Zugang von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung relevant sind, insbesondere Detailregelungen zum Beitrittsrecht ab dem 1. Januar 2019, zum nahtlosen Übergang aus der truppenärztlichen Versorgung, zum Beitragszuschuss für die soziale Pflegeversicherung, zur Pflegeversicherung für Familienangehörige, der Beitragsentrichtung für Eignungsübende sowie eine Übergangsregelung für ehemalige Zeitsoldaten, die seit dem 15. März 2012 aus dem Dienst ausgeschieden sind. Weitere Änderungsanträge betreffen die Angleichung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf die der sonstigen freiwillig Versicherten, die Beitragspflicht beim Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige, die Mindestbeiträge zahlen, die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes eine Versicherungspflicht aus anderem Grund bestand sowie die Abgrenzung von privaten und betrieblichen Altersvorsorgeleistungen entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

Diese Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 19(14)39.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Enthaltung der Fraktionen der AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Ferner hat dem Ausschuss ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 19(14)39.1 vorgelegen, der mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurde, mit folgendem Inhalt vorgelegen:

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

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

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

„§ 135d

Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

(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 Leistungs-, 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,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

(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.

(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.

(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:

Dieser Änderungsantrag entspricht wortgleich dem Vorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum GKV-VEG in der Bundesratsdrucksache 375/18.

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 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 Videokonferenzen ergeben.

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.

Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, durch das Versichertenentlastungsgesetz würden die Versicherten um bis zu 8 Milliarden Euro entlastet. Die Krankenkassenbeiträge würden künftig wieder paritätisch finanziert und die hauptberuflich Selbstständigen mit geringem Einkommen würden weiter entlastet, indem die Grundlage zur Bemessung des Mindestbeitrags auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt werde. Auch die Arbeitgeber würden durch die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Rücklagen abzubauen und durch die nun eingeschränkte Möglichkeit, den Zusatzbeitrag anzuheben, entlastet. Um die ungeklärten Kassenmitgliedschaften und die damit verbundenen Beitragsschulden zu reduzieren, sei ein ganzes Maßnahmenpaket im Gesetz enthalten. Wichtig sei, dass die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich für Mitgliedschaften zurückgezahlt werden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

müssten, wenn sich diese als nicht existent herausstellten. Damit vermeide man eine Verzerrung des Kassenergebnisses. Insbesondere für Zeitsoldaten beinhalte das Gesetz wesentliche Verbesserungen, da diese künftig ein Beitrittsrecht zur GKV hätten. Zudem hätten Zeitsoldaten, die nach dem Fachkräftegewinnungsgesetz aber vor Inkrafttreten des Beitrittsrechts bereits aus dem Dienst ausgeschieden seien, die einmalige Möglichkeit, innerhalb von drei Monaten GKV-Mitglied zu werden. Der Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf sei obsolet. Es bestehe kein Regelungsbedarf, da § 140a SGB V bereits heute den Kassen erlaube, Einzelverträge zu schließen. Zum Antrag der AfD führte die Fraktion der CDU/CSU aus, dass kostendeckende GKV-Beiträge für ALG II-Bezieher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei und aus Steuermitteln finanziert werden müssten. Darüber verhandle man dem Finanzministerium. Eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro, wie es die FDP fordere, lehne man ab, denn einerseits hätten Selbstständige einen Gestaltungsspielraum bei ihren Einnahmen. Zum anderen würden der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch Einnahmen zu Grunde gelegt, die mit denen eines versicherungspflichtig Beschäftigten vergleichbar seien. Auch verliere die FDP über die Kompensierung der Kosten von 1,5 Milliarden Euro kein Wort. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. gehe in die gleiche Richtung und werde deshalb ebenfalls abgelehnt.

Die **Fraktion der SPD** betonte, mit dem Gesetz würden die richtigen Weichen gestellt und viele Verbesserungen für die Zukunft erreicht. Zu begrüßen sei insbesondere die Wiedereinführung der Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung, für die sich die Partei mit Nachdruck eingesetzt habe. Auch die Entlastung der Selbstständigen bei den Beiträgen sei ein wichtiger Schritt. Weiter werde den Zeitsoldaten die Gelegenheit gegeben, in die gesetzliche Krankenversicherung einzutreten. Die Fraktion der SPD hätte darüber hinaus gerne für die zukünftig freiwillig gesetzlich versicherten ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit einen Zugang zur Krankenversicherung der Rentner noch in das Gesetz aufgenommen. Das Thema habe sich aber noch nicht erledigt, das Bundesverteidigungsministerium müsse nun Verantwortung übernehmen. Zu den Anträgen der Opposition hieß es, die geforderte Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro sei nicht sachgerecht, da hauptberuflich Selbstständige über das Einkommensteuerrecht andere Entlastungsmöglichkeiten als Arbeitnehmer hätten. Zum Änderungsantrag der Grünen sagte die Fraktion, über die Qualität der Verträge und die Gestaltungs- und Regelungsbefugnisse könne man diskutieren. Auf der anderen Seite hätten Krankenkassen bereits heute verschiedene Möglichkeiten, Verträge abzuschließen.

Die **Fraktion der AfD** stand dem Gesetzentwurf zwiespältig gegenüber. Einerseits begrüße sie die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Andererseits sehe sie die entstehenden Kostenverschiebung ohne echte Entlastung und vor allen Dingen ohne die Belastung des Bundeshaushaltes kritisch. Deshalb werde man sich bei der Abstimmung zum Gesetzentwurf enthalten. Ebenfalls enthalten werde man sich bei dem Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 19/102 sowie zum Antrag der FDP. Den zweiten Antrag der Fraktion DIE LINKE. werde man ablehnen. Zum eigenen Antrag, der die Einführung von kostendeckenden Beiträgen für Arbeitslosengeld II fordere, hätten sich sowohl der Minister als auch Frau Abg. Maag dahingehend geäußert, dass hier eine Prüfung erfolge.

Die **Fraktion der FDP** lehnte den Gesetzentwurf ab. Zwar enthalte er einige positive Elemente wie die Abschmelzung der Krankenkassenrücklagen oder den Verzicht auf Mindestbeiträge beim Bezug von Kranken- und Mutterchaftsgeld sowie den künftigen Beginn der Versicherungsberechtigung von Zeitsoldaten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ausscheiden aus dem Dienst. Das aber wiege die Nachteile des Entwurfs nicht auf. Mit der Wiederherstellung der Parität entlaste die Regierung zwar die Versicherten, eine Maßnahme, die man begrüße, zugleich aber würden die Arbeitgeber belastet. Dies wiederum werde Arbeitsplätze kosten. Nicht weit genug gingen auch die Regelungen zur Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige. Hier halte man eine Grenze von 450 Euro für angemessen. Dass die jetzige Lösung nur ein erster Schritt sein könne, sei auch von den Sachverständigen in der Anhörung bestätigt worden. Die Fraktion war der Ansicht, dass man gleich den richtigen Schritt gehen sollte. Betroffen seien so vor allem Frauen, die die Selbstständigkeit vorzögen, weil sie zeitlich besser planen könnten. Das dürfe nicht sein. Auch beim Morbi-RSA sah die Fraktion dringenden Handlungsbedarf, damit dieser weniger manipulationsanfällig und gerechter in der Verteilung werde.

Die **Fraktion DIE LINKE.** konstatierte einige Schritte in die richtige Richtung, die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz unternommen würden. Dennoch werde man sich bei der Abstimmung enthalten, da die grundlegenden Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems ohne die Einführung einer Bürgerversicherung in Form einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung nicht lösbar seien. Begrüßenswert sei insbeson-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dere die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge. Angesichts der Zuzahlungen, der Eigenanteile beispielsweise bei Zahnersatz und überhaupt nicht von den Kassen finanzierter Leistungen wie Sehhilfen werde die paritätische Finanzierung allerdings nicht vollständig hergestellt. Die von privaten Haushalten getragenen Kosten im Gesundheitssystem hätten sich nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2016 auf insgesamt 47,3 Milliarden Euro belaufen. Die Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige gehe ebenfalls in die richtige Richtung, reiche allerdings nicht aus. Auch mit der Neuregelung seien weiterhin viele Menschen überfordert, weil sie für die nun vorgesehenen Mindestbeiträge immer noch zu wenig verdienten. Anders als im FDP-Antrag vorgesehen, soll nach dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Die Absenkung der Mindestbemessung auf 450 Euro auch für freiwillig Versicherte wie Studierende und Rentner gelten. Die Abschmelzung der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung zur Senkung des Beitragssatzes auch der Arbeitgeber lehne man ab, da die Versicherten in den letzten Jahren 145 Milliarden Euro mehr in die GKV einbezahlt hätten als die Arbeitgeber und die nun verbliebenen 30 Milliarden Euro nicht gleichermaßen den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sondern allein den Arbeitnehmern zu Gute kommen sollten. Sinnvoller wäre es, Verbesserungen bei den Zuzahlungen und anderen aus dem Geldbeutel der Versicherten finanzierten Leistungen zu erreichen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** kündigte an, dem Gesetzentwurf zustimmen zu wollen. Das liege vor allem an der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung, die man seit langem gefordert habe. Auch die neuen, unbürokratischen Regelungen bei den Beitragszahlungen von Selbstständigen entsprächen langjährigen Forderungen der Partei. Die Forderung von FDP und Linken auf Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 Euro sei ordnungspolitisch bedenklich, da man hier die bei Selbstständigen und angestellten Versicherten unterschiedlichen Möglichkeiten zur Beitragsgestaltung gleichsetze, obwohl das einen großen Unterschied mache. Außerdem dürfe man keine zusätzlichen Anreize für prekäre Beschäftigungen schaffen. Genau das würde dann jedoch passieren. Die im Gesetz vorgesehene Verbindung zwischen der Regelung zur Auflösung von Rücklagen der Krankenversicherungen mit der Reform des Morbi-RSA sei eine wichtige Einschränkung, da die Rücklagen nicht gleichmäßig zwischen den einzelnen Krankenkassen verteilt seien. Mit dem vorgelegten Änderungsantrag dränge man darauf, den Qualitätswettbewerb zu forcieren. Es müsse sich für die gesetzlichen Krankenversicherungen lohnen, gute Versorgung insbesondere für aufwendige Patienten sicher zu stellen. Derzeit gelte es, Aufwände zu vermeiden und gleichzeitig im Beitragswettbewerb positiv dazustehen. Diese Entwicklung sei für die Patienten verhängnisvoll.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/445, 19/4552 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 Nummer 0

Die Änderung sieht vor, dass ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Das Bundessozialgericht hat mit seinem Urteil vom 27. April 2016 (B 12 KR 24/14 R) die bis dahin gängige Rechtsauslegung enger gefasst und ein Befreiungsrecht nach § 8 Absatz 1 Nummer 4 bei einem unmittelbar zuvor bestehenden anderen Versicherungspflichttatbestand verneint. Dementsprechend können sich beispielsweise Rentner bzw. Rentenantragsteller, die von ihrem Ehepartner oder Lebenspartner (z. B. Berufssoldat, Beamter) einen Beihilfeanspruch ableiten und diesen in Kombination mit einer privaten Restkostenversicherung nutzen möchten, nicht mehr von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner befreien lassen, wenn sie unmittelbar vor Rentenantrag versicherungspflichtig beschäftigt waren. Diese Rechtsauslegung lässt teilweise jahrzehntelang finanzierte Anwartschaftsversicherungen für eine private Restkostenversicherung ins Leere laufen. Betroffen sind darüber hinaus auch Studenten, die über einen Elternteil beihilfeberechtigt sind, und sich nur deswegen nicht von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen können, weil sie z. B. unmittelbar zuvor am (versicherungspflichtigen) Bundesfreiwilligendienst teilgenommen haben.

Die mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einhergehende generelle Einschränkung des Rechts auf Befreiung von der Versicherungspflicht erscheint somit unverhältnismäßig, so dass mit der Änderung die bis zum Jahr 2016 praktizierte Anwendung des Befreiungsrechts gesetzlich klargestellt wird. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass in den Fällen des § 8 Absatz 1 Satz 1 eine grundsätzliche Entscheidung für das System der privaten Krankenversicherung möglich ist.

Zu Artikel 1 Nummer 3

Die Regelung in Nummer 3 Buchstabe a zu § 171e Absatz 2a Satz 2 entspricht dem Gesetzentwurf. Der neu angefügte § 171e Absatz 2a Satz 4 stellt klar, dass sich die Anlagemöglichkeiten nach den Sätzen 1 bis 3 nicht lediglich auf das nach Absatz 1 verpflichtend zu bildende Deckungskapital bezieht, sondern auch auf Deckungskapital für sonstige Altersvorsorgezusagen, für die nach § 12 Absatz 1 Satz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) Rückstellungen gebildet wurden. Damit wird eine Auslegung, die das Bundesversicherungsamt bereits durch analoge Anwendung der bestehenden Regelung befürwortet hat, gesetzlich umgesetzt. Auch die Interessenlage unterscheidet sich nicht, da bei dem Deckungskapital für sonstige Altersvorsorgezusagen im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 1 SVRV ebenfalls ein Interesse daran besteht, mit Blick auf die langfristige Anlage höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren. Die Ergänzung schafft für die Anlagepraxis der Krankenkassen Rechtssicherheit.

Zu Artikel 1 Nummer 5a

Mit der Änderung wird die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Abgrenzung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses privat weiter aufgebaut hat, nachvollzogen und gesetzlich festgeschrieben.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Beschlüssen zu Leistungen einer Direktversicherung (Beschluss vom 6. September 2010 – 1 BvR 739/08; Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08) und zu Leistungen einer Pensionskasse (Beschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/15) entschieden, unter welchen Umständen auch ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Leistungen solcher Einrichtungen betrieblich veranlasst sind. Die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesem Fall nicht zu beanstanden.

Für die Unterscheidung von Altersversorgungsleistungen, die für versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig sind, ist entscheidend, ob der Versicherte nach dem Ende seines Arbeitsverhältnisses den institutionellen Rahmen des Betriebsrentenrechts weiterhin unverändert nutzt oder den Vertrag vollständig aus dem beruflichen Bezug löst. Die insoweit aufgestellten Abgrenzungskriterien des Bundesverfassungsgerichts werden mit der vorliegenden Änderung einheitlich gesetzlich festgelegt.

Die von der Zahlstelle vorzunehmende Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil soll entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 (B 12 KR 16/10 R) vorzugsweise prämieneratierlich bzw. beitragsproportional erfolgen.

Zu Artikel 1 Nummer 12

Da die Neuregelung des § 323 zum 1. Januar 2019 in Kraft treten soll, wird der Änderungsbefehl von Artikel 1 in den Artikel 2 verschoben. Durch das Inkrafttreten zum Jahreswechsel wird ermöglicht, die Wirkung des Gesetzes in der für das Jahr 2018 und die Folgejahre eingeführten neuen amtlichen Statistik KB9 dergestalt abzubilden, dass eine statistische Vergleichbarkeit der Jahre 2018 und 2019 hergestellt werden kann.

Zu Artikel 2 Nummer 1

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Das neue Beitrittsrecht für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit kann innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst ausgeübt werden (vgl. Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc zu § 9 Absatz 2 Nummer 6). Bei einem Inkrafttreten des neuen Beitrittsrechts zum 1. Januar 2019 würden nach der bisherigen Fassung auch ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, deren Dienstzeit bereits im Oktober 2018 endete, zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt. Für diese Personen würde jedoch aufgrund der in Artikel 11 Nummer 3 (§ 106 des Soldatenversorgungsgesetzes) vorgesehenen Übergangsregelung für die Ablösung des bisherigen Beihilfeanspruchs durch den Anspruch auf Beitragszuschuss nach Artikel 11 Nummer 2 (§ 11b des Soldatenversorgungsgesetzes) auch noch die bisherige Rechtslage gelten. Die vorliegende Änderung bewirkt, dass die neue Versicherungsberechtigung ehemaliger Soldatinnen und Soldaten auf Zeit mit der Ersetzung des bisherigen Beihilfeanspruchs durch einen Beitragszuschuss zeitlich gleichgeschaltet wird und gewährleistet somit einen einheitlichen Übergang in die neue Rechtslage.

Zu Artikel 2 Nummer 2a

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt gemäß § 188 Absatz 1 grundsätzlich mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Davon abweichend sieht § 188 Absatz 2 für bestimmte Fälle vor, dass die Mitgliedschaft rückwirkend mit Eintritt eines bestimmten Ereignisses beginnt, an das die Versicherungsberechtigung anknüpft. Die neue Versicherungsberechtigung für Soldatinnen und Soldaten auf Zeit entsteht mit dem Ausscheiden aus dem Dienst. Der Beitritt kann innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst erklärt werden (vgl. Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb in Verbindung mit Buchstabe b Doppelbuchstabe cc zu § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 6). Die Änderung sieht vor, dass unabhängig von dem Zeitpunkt der Beitrittserklärung die Mitgliedschaft der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unmittelbar an ihre Dienstzeit anschließt. Auf diese Weise wird ein nahtloser Übergang der Absicherung im Krankheitsfall – von der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung während des Dienstverhältnisses zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung – sichergestellt.

Zu Artikel 2 Nummer 2b

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird redaktionell angepasst. Das bislang in der Überschrift genannte Erziehungsgeld gab es bis zum 31. Dezember 2006. Es wurde durch das Elterngeld abgelöst.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Nichtigkeit der Bestimmungen über das Betreuungsgeld in den §§ 4a ff. des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit (Urteil vom 21. Juli 2015 – 1 BvF 2/13).

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung werden freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Bezieher von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld für die Dauer des Leistungsbezuges von der Pflicht zur Zahlung von Mindestbeiträgen entbunden. Während des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld ist bereits durch die Regelung des Absatzes 1 sichergestellt, dass von diesen Entgeltersatzleistungen keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten sind. Auf den Differenzbetrag zwischen dem vor dem Leistungsbezug beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen und der Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1 sind somit ebenfalls keine Beiträge zu entrichten, soweit keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen erzielt werden.

Bisher sehen die vom GKV-Spitzenverband nach § 240 Absatz 1 Satz 1 aufgestellten „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 15. November 2017, für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte vor, dass der Bezug von Krankengeld nach § 44, Krankengeld im Wahltarif nach § 53 Absatz 6 oder Mutterschaftsgeld Beitragsfreiheit für das vor dem Leistungsbezug beitragspflichtige Arbeitseinkommen begründet, soweit und solange es entfällt. Für hauptberuflich Selbstständige, die mit ihrem Arbeitseinkommen die Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 2 in der bisher geltenden Fassung nicht erreichen, hat das bislang zur Folge, dass auf den Differenzbetrag zwischen dem vor dem Leistungsbezug beitragspflichtigen Arbeitseinkommen und der Mindestbemessungsgrundlage weiterhin Beiträge zu entrichten sind.

Durch die Entbindung von der Pflicht zur Zahlung von Mindestbeiträgen während des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld werden freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte für die Zeit des Leistungsbezuges entlastet. Auf Grund der bereits vorgesehenen Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sind mit dem Wegfall von Mindestbeiträgen nur geringfügige, nicht quantifizierbare GKV-Mindereinnahmen verbunden.

Zu Artikel 2 Nummer 3

Die Streichung der Sätze 3 bis 6 entspricht dem Gesetzentwurf.

Durch die Aufhebung des Satzes 2 werden die freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen mit den übrigen freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf ihre Mindestbeiträge gleichgestellt. Die Mindestbemessungsgrundlage nach Absatz 4 Satz 1 findet nun für alle freiwillig Versicherten Anwendung und entspricht für hauptberuflich Selbstständige dem 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße.

Die Absenkung auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße erfolgt aufgrund des ohnehin nur noch geringfügigen Abstands der im Entwurf vorgesehenen Mindestbemessungsgrundlage (80. Teil der monatlichen Bezugsgröße) zur allgemeinen Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte (90. Teil der monatlichen Bezugsgröße). Auf den Monat gerechnet ergibt sich damit 2019 eine Mindestbemessungsgrundlage in Höhe von 1 038,33 Euro statt 1 168,13 Euro. Einer besonderen Mindestbemessungsgrundlage für Existenzgründer und Härtefälle (derzeit in Höhe des 60. Teils der monatlichen Bezugsgröße) bedarf es damit nicht mehr. Durch die weitere Absenkung werden hauptberuflich Selbstständige mit geringen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages noch mehr entlastet. Bei den Krankenkassen wird es zu entsprechenden Mindereinnahmen kommen. Durch den Wegfall der Prüfung von neben- oder hauptberuflicher Selbstständigkeit verringert sich der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen zusätzlich in nicht quantifizierbarem Umfang.

Zu Artikel 2 Nummer 3a

Versicherungspflichtige, die ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 beziehen, haben in Bezug auf diese ausländischen Renten nach § 247 Satz 2 Beiträge in Höhe der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zu entrichten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die Verringerung des Beitrags auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der ausländische Leistungsträger der Rente sich nicht hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt. Die Krankenversicherungsbeiträge aus ausländischen Renten werden allein vom Rentner getragen (§ 249a Satz 3).

Durch die Ergänzung der Regelung um die Berücksichtigung nur des hälftigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes wird der Grundgedanke der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Empfängerinnen und Empfänger ausländischer Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 konsequent nachvollzogen.

Zu Artikel 2 Nummer 8

In Absatz 2 wird durch die geänderte Formulierung „Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden“ klargestellt, dass die Bereinigung in Bezug auf alle Mitgliedschaften zu erfolgen hat, die bei ihrer Begründung die gesetzlichen Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 1 erfüllt haben und die in Absatz 2 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllen. Die Bereinigung hat insbesondere unabhängig davon zu erfolgen, ob die Mitgliedschaft im IT-System der jeweiligen Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 oder als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 gespeichert ist. Zudem stellt die Änderung sicher, dass auch die abgeleiteten Familienversicherungen in Fällen, in denen das Mitglied die Kriterien nach Absatz 2 erfüllt, aufgehoben und in die Bereinigung einbezogen werden.

Zudem wird Absatz 3 Satz 1 und 2 neu gefasst. Das Ziel des § 323 ist es, sämtliche Mitgliedschaften, die die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen, einschließlich der entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu bereinigen. Die in Absatz 3 Satz 1 vorgesehene Datenmeldung, die Grundlage für die Ermittlung des Bereinigungsbetrages nach Absatz 4 Satz 1 und die Prüfung nach Absatz 5 ist, bezieht sich allerdings ausschließlich auf nach Absatz 2 aufgehobene Mitgliedschaften. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, wird Absatz 3 Satz 1 so gefasst, dass auch die Versichertentage von Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen zu melden sind, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Dadurch erfasst die Regelung auch alle Mitgliedschaften, die bis zum Inkrafttreten außerhalb der Regelung nach Absatz 2 aufgehoben wurden, und die die Krankenkassen für den Jahresausgleich und dessen Korrektur gemeldet haben. Zusätzlich wird die Meldung an die Prüfdienste nach Absatz 3 Satz 2 um die Familienversicherungen ergänzt, die von den Mitgliedschaften abgeleitet werden, die die in Bezug genommenen Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

Die Erweiterung der Bestandsbereinigung auf die freiwilligen Mitgliedschaften nach § 9 führt insgesamt zu keinem nennenswerten höheren Erfüllungsaufwand, da lediglich das einschränkende Merkmal, dass die Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 begründet wurde, bei Rückgriff auf die IT-Systeme der Krankenkassen entfällt.

Zu Artikel 2 Nummer 9

Mit der Änderung wird das Beitrittsrecht für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit (vgl. Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8) auch denjenigen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zugestanden, die seit dem 15. März 2012, aber vor dem 31. Dezember 2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherungsberechtigung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit am 1. Januar 2019 bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben. Damit wird an die mit dem Gesetz zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 15. März 2012 (BGBl. I S. 462) geschaffene neue Rechtslage angeknüpft, nach der Soldatinnen und Soldaten auf Zeit für eine Dienstzeit bis zu 25 Jahren auch über das 40. Lebensjahr hinaus verpflichtet werden können. Gleichzeitig wird der Kreis der nach der Übergangsregelung Versicherungsberechtigten auf diejenigen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eingeschränkt, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben und insofern bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung aufgrund der Ausschlussregel des § 6 Absatz 3a

grundsätzlich keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die von der Übergangsregelung betroffenen Soldatinnen und Soldaten können den Beitritt bis zum Ablauf des 31. März 2019 anzeigen. Der Beitritt ist gemäß § 188 Absatz 3 schriftlich zu erklären. Die Mitgliedschaft beginnt gemäß § 188 Absatz 1 mit dem Tag des Beitritts.

Zu Artikel 4

Die Regelung in Artikel 4 Nummer 1 zu § 172c Absatz 1a Satz 2 entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf. Bei der Regelung in Artikel 4 Nummer 2 zu § 172c Absatz 1a Satz 4 handelt sich um die Parallelregelung zu § 171e Absatz 2a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 5 Nummer 1

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Artikel 5 Nummer 2

Die Ergänzung ist erforderlich, um einen lückenlosen Versicherungsschutz beim Wechsel aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die soziale Pflegeversicherung auch für Familienangehörige sicherzustellen. Insbesondere auf Grund des Wortlautes des § 33 Absatz 3 sah sich das Bundessozialgericht (Urteil vom 30. November 2017 – B 3 P 5/16 R) gehindert, in diesen Fällen eine Anrechnung der in der privaten Pflegeversicherung ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit vorzunehmen. Dies hat zur Folge, dass die Familienangehörigen in den ersten beiden Jahren nach dem Wechsel der Versicherung keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von der sozialen Pflegeversicherung erhalten können.

Bei einem umgekehrten Wechsel von Familienangehörigen, nämlich aus der sozialen in die private Pflege-Pflichtversicherung, ist ein lückenloser Versicherungsschutz durch Anrechnung der in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit auf die Wartezeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach dem Wortlaut des § 23 Absatz 6 Nummer 2, der auch Familienangehörige ausdrücklich erwähnt, bisher bereits geregelt.

Die Änderung betrifft nicht nur, aber auch Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die nach diesem Gesetz künftig wegen Eintritt von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung ausscheiden.

Zu Artikel 6

Die Regelung in Artikel 6 Nummer 1 zu § 7 Absatz 1a Satz 2 entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf. Bei der Regelung in Artikel 6 Nummer 2 zu § 7 Absatz 1a Satz 4 handelt es sich um die Parallelregelung zu § 171e Absatz 2a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 7 Nummer 0

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in § 8 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand.

Zu Artikel 7 Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer, die ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beziehen, haben in Bezug auf diese ausländischen Renten nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Beiträge in Höhe des hälftigen allgemeinen Beitragssatzes zu entrichten. Durch den auf die Hälfte verringerten allgemeinen Beitragssatz wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der ausländische Leistungsträger der Rente sich nicht hälftig an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt.

Durch die Erweiterung der Regelung auf die Berücksichtigung des hälftigen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird der Grundgedanke der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Empfängerinnen und Empfänger ausländischer Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V konsequent nachvollzogen.

Zu Artikel 7 Nummer 5

Folgeänderung zur Änderung des § 323 Absatz 2 SGB V. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Bereinigung in Bezug auf alle freiwilligen Mitgliedschaften zu erfolgen hat, die bei ihrer Begründung die gesetzlichen Voraussetzungen für die Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3 Satz 1 erfüllt haben und die in Absatz 2 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllen.

Zu Artikel 11 Nummer 1

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht hinsichtlich der Pflegeversicherung.

Zu Artikel 11 Nummer 2

Der Zuschuss zu den aus den Übergangsgebührrnissen zu entrichtenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist auch auf die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu erstrecken. Die Absätze 1 und 2 wurden entsprechend ergänzt. Dies ist sachgerecht, da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt und auch die Beihilfe die Erstattung von Pflegekosten vorsieht. Die Haushaltsausgaben erhöhen sich von 9,7 Millionen Euro auf 12,1 Millionen Euro.

Die Änderung des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 gewährleistet, dass nicht nur die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die das neue Beitrittsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 nutzen, einen Beitragszuschuss erhalten, sondern genauso auch diejenigen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die während ihrer Dienstzeit eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer reduzierten Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V – (sogenannte Anwartschaftsversicherung) geführt haben.

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 2 soll verhindert werden, dass gesetzlich Krankenversicherte bei Zusammentreffen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V und § 61 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuches – SGB XI – und des Beitragszuschusses nach § 11b Absatz 1 Satz 1 aus beiden Regelungen einen Zuschuss herleiten können.

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 3 wird der Beitragszuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung dann ausgeschlossen, wenn die oder der privat Kranken- und Pflegeversicherte bereits einen Arbeitgeberzuschuss nach § 257 Absatz 2 Satz 1 SGB V und § 61 Absatz 2 Satz 1 SGB XI erhält. Damit wird verhindert, dass privat Kranken- und Pflegeversicherte ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei Zusammentreffen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Absatz 2 Satz 1 SGB V und des Beitragszuschusses nach § 11b Absatz 2 gegebenenfalls vollständig erstattet bekommen. Dies dient der Gleichbehandlung mit Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die in jedem Fall die Hälfte der aus den Übergangsgebührrnissen sowie aus dem Arbeitsentgelt zu leistenden Beiträge zu tragen haben.

In Absatz 3 Satz 2 wird für die Fälle des Absatzes 3 Satz 1 klargestellt, dass bei dem Bezug von Versorgungskrankengeld dieses anstelle der Übergangsgebührrnisse der Zuschussberechnung zugrunde zu legen ist. Ehemalige

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit mit Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, haben bei bestehender Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Versorgungskrankengeld gemäß § 16 des Bundesversorgungsgesetzes. In dieser Zeit stehen den ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit gemäß § 11 Absatz 7 keine Übergangsgebühren zu. In dieser Zeit werden die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung aus dem Versorgungskrankengeld anstelle der Übergangsgebühren berechnet, sodass die Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für diesen Zeitraum auf der Grundlage des Versorgungskrankengeldes zu bemessen sind.

Zu Artikel 11 Nummer 2a

Es handelt sich um eine Änderung zur Klarstellung, dass der Rechtsanspruch auf Übergangsbeihilfe noch in der Dienstzeit entsteht, mit der Folge, dass diese Leistung im Rahmen eines an die Dienstzeit anschließenden Versicherungsverhältnisses zu gesetzlichen Krankenversicherung nicht beitragspflichtig sein kann.

Zu Artikel 11a Nummer 1

Nach geltender Rechtslage zahlt der Bund für die Zeiten der Teilnahme an der Eignungsübung den zuständigen Trägern der Krankenversicherung ein Zehntel des Beitrags, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung zu entrichten war. Dabei sind Änderungen des Beitragssatzes und der Jahresarbeitsverdienstgrenze, die während der Eignungsübung eintreten, zu berücksichtigen. Diese Regelung führt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Dienststellen der Bundeswehr zu einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

Mit der Änderung wird eine pauschale und insofern verwaltungsarme Beitragsberechnung ermöglicht. Da während der Teilnahme an einer Eignungsübung der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, ist lediglich ein reduzierter Beitrag zu erheben. Die Änderung sieht vor, dass für die Bemessung dieses reduzierten Beitrags 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt werden.

Zu Artikel 11a Nummer 2

Das Versicherungsverhältnis zur sozialen Pflegeversicherung besteht während der Teilnahme an der Eignungsübung unverändert fort, mit der Besonderheit, dass der Bund die Hälfte des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung trägt. Mit der Änderung wird für die Bemessung dieser Beiträge die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt und der Verwaltungsaufwand bei den beteiligten Stellen verringert.

In Bezug auf die Berechnung des Beitragszuschusses für privat pflegepflichtversicherte Eignungsübende wird der bisherige Absatz 2 neu gefasst.

Zu Artikel 11a Nummer 3

Die geltende Rechtslage sieht vor, dass Eignungsübende versicherungspflichtig nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch sind und dass der Bund für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung den Beitrag zur Arbeitsförderung in der gleichen Höhe des Beitrages zu tragen hat, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung geleistet wurde. Damit ist ein Verwaltungsaufwand verbunden, insbesondere in solchen Fällen, in denen vor Beginn der Eignungsübung Arbeitslosengeld bezogen wurde. Mit der Änderung wird für die Bemessung des Beitrags die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch als pauschale Bemessungsgrundlage des Sozialversicherungsrechts zugrunde gelegt und damit der Verwaltungsaufwand bei den beteiligten Stellen verringert.

Auch wenn es sich um vergleichsweise geringe Fallzahlen handelt, ist durch den Wegfall der bisherigen komplexen Prüfung von einem reduzierten Erfüllungsaufwand bei der Beitragsabrechnung für Eignungsübende auszugehen. Durch die Pauschale ist nun ein Prüfautomatismus möglich.

Zu Artikel 12a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Wiedereinführung der Parität von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen führt auch zu einer Änderung in der anteiligen Berechnung des zu zahlenden Beitrages in der Gleitzone bzw. ab dem 1. Januar 2019 im Übergangsbereich (§ 20 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Dies wird durch die Änderung der Berechnungsvorschrift erreicht. Durch die Umsetzung zum 1. Januar 2019 kommt es zu keinen wesentlichen Belastungen bei der Anpassung in der Entgeltabrechnung der Arbeitgeber.

Zu Artikel 13

Zu Absatz 1

Folgeänderung auf Grund der angefügten Absätze.

Zu Absatz 1a

Der Änderungsantrag sieht ein Inkrafttreten der Regelung nach § 242 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) am Tag der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs vor. Anhebungen des Zusatzbeitragsatzes sind somit ab diesem Zeitpunkt unzulässig, wenn die Finanzreserven, bestehend aus Betriebsmitteln und Rücklagen, das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke bzw. die von der zuständigen Aufsichtsbehörde zugelassene Obergrenze überschreiten.

Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Regelung im Rahmen der ab Herbst 2018 stattfindenden Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2019 sowie bei den Aufsichtsbehördenprüfungen geplanter Zusatzbeitragsatzveränderungen berücksichtigt werden kann.

Zu Absatz 2

Die Neuregelung des § 66 soll ebenso wie § 323 SGB V zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Die Verfahrensregelung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beitragsverfahrensordnung muss parallel zur Einführung der paritätischen Beitragstragung am 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Die Übergangsregelung in § 324 ist ab dem 1. April 2019 gegenstandslos, so dass im Sinne der Rechtsbereinigung das Außerkrafttreten zu diesem Zeitpunkt vorgesehen wird.

Zu Absatz 4

Die neue Beitragsberechnung bei Eignungsübenden soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten, um einen geordneten Übergang in die neue Rechtsanwendungspraxis zu ermöglichen und dem im Rahmen der praktischen Umsetzung gegebenenfalls anfallenden Programmieraufwand im Personalwirtschaftssystem der Bundeswehr gerecht zu werden.

Berlin, den 17. Oktober 2018

Karin Maag
Berichterstatlerin

Bärbel Bas
Berichterstatlerin

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatler

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatlerin

Dr. Achim Kessler
Berichterstatler

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatlerin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.