

**Gesetz  
zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur  
und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)**

Vom 21. Juli 2014

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1  
Änderung des  
Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2a werden das Komma und die Wörter „soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.
    - bb) In Nummer 11a wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
  - b) In Absatz 5a Satz 1 wird das Wort „unmittelbar“ durch das Wort „zuletzt“ ersetzt.
2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2,“ die Angabe „2a,“ eingefügt.
3. In § 53 Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „einschließlich Prämienzahlungen nach § 242“ gestrichen.
- 3a. § 65b wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.
    - bb) In Satz 4 werden die Wörter „Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der“ durch die Wörter „Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den“ ersetzt und wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „sieben“ ersetzt.
  - cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:
 

„Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterin-

nen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2011“ durch die Angabe „2016“ und die Angabe „5 200 000“ durch die Angabe „9 000 000“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird aufgehoben.
4. In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden die Wörter „und der nach § 10“ gestrichen.
- 4a. Dem § 132e Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
 

„Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.“
- 4b. § 134a wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe“ durch ein Komma und die Wörter „die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Hebammenhilfe“ die Wörter „unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten“ eingefügt.
  - b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:
 

„(1a) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. Sie sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“

- c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b und 1c eingefügt:

„(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgt nach Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten. Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl unterjährige Wechselmöglichkeiten der Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt. Die erforderlichen Angaben nach den Sätzen 3 bis 5 hat die Hebamme im Rahmen ihres Antrags nach Satz 2 zu übermitteln. Für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 2 übermitteln die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen leistungserbringer- und nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten nach § 301a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6.“

(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer Einzu-eins-Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“

- d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1a Satz 1, Absatz 1b Satz 3 und Absatz 1c vorgegebenen Fristen zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der bisherige Vertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle vorläufig weiter.“

5. In § 136 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

6. § 137 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.“

7. § 137a wird wie folgt gefasst:

„§ 137a

Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

(2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Inter-

net zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,

6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden, sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.

(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags. Das Institut kann sich auch ohne Auftrag mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. Für die Tätigkeit nach Satz 4 können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 4 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(5) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einver-

nehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.

(6) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben; soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen anderen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder bei einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergeb-

nisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebotes der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.“

8. In § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „§ 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.
9. § 171d Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
 

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“
10. § 175 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „gebunden“ die Wörter „, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ gestrichen.
    - bb) Die Sätze 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:
 

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“
  - b) Absatz 4a wird aufgehoben.
11. § 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
 

„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“.
12. § 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.
13. § 220 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242“ eingefügt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
 

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr

    1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,
    2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,
    3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie
    4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.“
14. § 221b wird aufgehoben.

15. § 232a wird wie folgt geändert:  
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“

- b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.“

16. § 240 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223)“ eingefügt.  
b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „247 und 248“ durch die Wörter „247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2“ ersetzt.

17. In § 241 wird die Angabe „15,5“ durch die Angabe „14,6“ ersetzt.

18. Die §§ 242 und 242a werden wie folgt gefasst:

„§ 242

#### Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragsatz). Der Zusatzbeitragsatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur

Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragsatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragsatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,
4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragsatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragsätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

#### § 242a

##### Durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.“
19. § 242b wird aufgehoben.
20. In § 243 Satz 3 wird die Angabe „14,9“ durch die Angabe „14,0“ ersetzt.
21. § 247 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:  
„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“
22. § 248 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:  
„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“
23. § 249 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.
24. In § 249a Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
25. § 250 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 3 wird das Komma gestrichen.
- b) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie den Zusatzbeitrag nach § 242“ gestrichen.
26. § 251 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „und Abs. 3“ gestrichen.
- b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:  
„Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.“
- c) Absatz 6 wird aufgehoben.
27. § 252 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ gestrichen.
- b) Die Absätze 2a und 2b werden aufgehoben.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242, den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6“ durch die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung“ ersetzt.
28. In § 255 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242“ gestrichen.
29. § 256 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden die Wörter „fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind“ durch die Wörter „am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig“ ersetzt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.
30. § 257 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
31. In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.
32. In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.
33. In § 268 Absatz 3 Satz 14 wird vor dem Wort „Verfahren“ das Wort „sowie“ gestrichen und werden nach dem Wort „Datenerhebung“ die Wörter „sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig ist“ eingefügt.
34. Nach § 268 wird folgender § 269 eingefügt:  
„§ 269  
Sonderregelungen für  
Krankengeld und Auslandsversicherte  
(1) Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt

werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt.

(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, ist die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen.

(3) Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ebenso Einsicht in die dieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, L 200 vom 7.6.2004, S. 1, L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3, insbesondere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben, zum Verfahren einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs sowie zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“

35. Nach § 270 wird folgender § 270a eingefügt:

„§ 270a

Einkommensausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.

(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 ab, wird der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt.

(4) Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“

36. § 271 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden. Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2015 2,5 Milliarden Euro abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221 Absatz 2 Satz 2 bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

- c) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.
37. § 272 wird aufgehoben.
38. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ gestrichen.
39. § 299 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „Satz 3“ die Angabe „bis 7“ eingefügt.
- 39a. § 303b wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Die folgenden Absätze 2 bis 4 werden angefügt:
- „(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.
- (3) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.
- (4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.“
40. § 304 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „oder des Risikopools (§ 269)“ gestrichen.
- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
- „Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der

Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren zu sperren und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen.“

41. Folgender § 322 wird angefügt:

„§ 322

Übergangsregelung  
zur Beitragsbemessung aus  
Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragsatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragsatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“

**Artikel 2**

**Änderung des  
Zweiten Buches Sozialgesetzbuch**

In § 40 Absatz 2 Nummer 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167) geändert worden ist, werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 335 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde; in den Fällen des § 335 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 besteht kein Beiträgerstattungsanspruch“ eingefügt.

**Artikel 3**

**Änderung des  
Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

In § 174 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 18. Juli 2014 (BGBl. I S. 1042) geändert worden ist, werden nach den Wörtern „der gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt und wird die Angabe „§ 241“ durch die Angabe „§§ 241, 242a“ ersetzt.

**Artikel 4**

**Änderung des  
Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4

des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 23 Absatz 1 Satz 4 wird aufgehoben.
2. Dem § 26 wird folgender Absatz 4 angefügt:
 

„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. Die elektronische Anforderung hat durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 2.“
3. § 28a wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:
 

„10. auf Anforderung der Einzugsstelle nach § 26 Absatz 4 Satz 2,“.
  - b) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:
 

„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Nummer 10 an die zuständige Einzugsstelle. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:

    1. die Versicherungsnummer des Beschäftigten,
    2. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes,
    3. das monatliche laufende und einmalig gezahlte Arbeitsentgelt, von dem Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung für das der Ermittlung nach § 26 Absatz 4 zugrunde liegende Kalenderjahr berechnet wurden.“
  - c) In Absatz 13 Satz 1 werden die Wörter „sowie ein Kennzeichen in den Fällen des § 242b Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches“ gestrichen.
4. § 28f Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.
5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.

### Artikel 5

#### Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch 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 23. Juni 2014 (BGBl. I S. 787) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 106 Absatz 2 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

2. In § 154 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „um den allgemeinen Beitragsanteil“ die Wörter „sowie den durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ eingefügt.
3. In § 163 Absatz 10 Satz 3 werden die Wörter „allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

### Artikel 6

#### Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2a werden die Wörter „soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind“ durch die Wörter „auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“ ersetzt.
- 1a. In § 55 Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1 zu dem“ die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten“ eingefügt.
2. In § 57 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.

### Artikel 7

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

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. In § 20 wird das Wort „anzuwenden“ durch die Wörter „mit der Maßgabe anzuwenden, dass für die Bemessung der Beiträge der nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt“ ersetzt.
1. § 39 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“

bb) In Satz 3 werden die Wörter „die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ durch die Wörter „abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Nummer 2 genannten Renten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. 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 um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung.“

2. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Abweichend von Absatz 1 wird bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern, die Arbeitslosengeld II beziehen, für die Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld II als Einkommen nach § 39 Absatz 1 Nummer 1 das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt. Für die Bemessung der Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“

3. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter „abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.

4. § 48 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „43 Abs. 1“ durch die Wörter „43 Absatz 1 sowie die Beiträge nach § 40 Absatz 5a“ ersetzt.

5. Dem § 49 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.“

## Artikel 7a

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

§ 20 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

#### „§ 20

#### Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Beiträge sind für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen und für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 Versicherungspflichtigen, die nicht zugleich nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 versicherungspflichtig sind, entsprechend anzuwenden. Satz 1 gilt für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld mit der Maßgabe, dass für die Bemessung der Beiträge der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt.“

## Artikel 8

### Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

In § 35a Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juni 2014 (BGBl. I S. 787) geändert worden ist, werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

## Artikel 9

### Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

In § 32 Absatz 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733) geändert worden ist, werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242“ durch die Wörter „Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1“ ersetzt.

## Artikel 10

### Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 18 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

2. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden durch die Wörter „zuzüglich des Zusatzbeitrages nach § 242 Absatz 1 des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- b) Die Wörter „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8“ werden durch die Wörter „§ 220 Absatz 1 Satz 1, die §§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241 und 242“ ersetzt.

3. In § 16a Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 57“ durch die Angabe „§ 55“ ersetzt.

4. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

#### Artikel 11

##### Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. Juli 2014 (BGBl. I S. 934) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.“

#### Artikel 12

##### Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 3 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2012 (BGBl. I S. 2070) werden die Wörter „in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ gestrichen.

#### Artikel 13

##### Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

§ 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 16 Absatz 5 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

#### „§ 11b

Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung auf Anforderung der Einzugsstelle

Nach Anforderung der Einzugsstelle hat der Arbeitgeber mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung, die Entgeltmeldungen nach § 28a Absatz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Einzugsstelle zu melden.“

#### Artikel 14

##### Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

In § 4 Satz 1 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeiträge“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

#### Artikel 15

##### Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 5 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörige,“ die Wörter „sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch ruhen,“ angefügt.
2. In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit“ eingefügt.
3. § 30 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 2 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 42“ die Wörter „sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 5“ eingefügt.
  - b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
 

„(5) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

4. § 31 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
 

„Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

4. § 31 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.“

5. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Gutachten zu Zuweisungen  
zur Deckung der Aufwendungen  
für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von einem oder mehreren wissenschaftlichen Gutachten nach § 269 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Gutachten sollen Vorschläge unterbreiten, wie die Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und die Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zielgerichteter ermittelt werden können. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen.

(3) Im Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um die Zielsetzung nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen.

(4) Im Gutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um eine Verbesserung der Zielgerichtetheit nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen. Dabei sollen auch Vorschläge zur Verbesserung der Qualität, Transparenz und Abgrenzung der Daten unterbreitet werden.

(5) Das Bundesversicherungsamt hat sicherzustellen, dass die Untersuchungen nach den Absätzen 3 und 4 jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sind.“

6. Die §§ 33a bis 34 werden aufgehoben.

7. In § 39 Absatz 5 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.

8. Nach § 39a Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Auf die Erhebung des Aufschlags kann ganz oder teilweise verzichtet werden, wenn die Erhebung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre.“

9. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.“

b) Nummer 4 wird aufgehoben.

10. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und

2. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „abzieht“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.“

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 4a wird aufgehoben.

11. Folgender § 43 wird angefügt:

„§ 43

Durchführung des Einkommensausgleichs

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das

monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 39 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 39 Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausbezahlt.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a gilt entsprechend.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 41 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 41 Absatz 4 gilt entsprechend.“

#### **Artikel 16** **Änderung des** **Medizinproduktegesetzes**

In § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 62 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird nach der Angabe „Abs. 5 Nr. 1,“ die Angabe „1a,“ eingefügt.

#### **Artikel 16a** **Änderung des** **Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17c Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „des Schlichtungsausschusses“ durch die Wörter „eines für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen Schlichtungsausschusses“ ersetzt.
- b) In Satz 8 werden nach dem Wort „Schlichtungsausschusses“ die Wörter „sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben“ eingefügt.
- c) Die folgenden Sätze werden angefügt:  
„Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar

ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.“

2. § 17d wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
  - bb) In Satz 5 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Wörter „1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016“ eingefügt.
  - cc) In Satz 7 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
  - dd) In Satz 8 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - ee) In Satz 9 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
  - ff) In Satz 10 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- b) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2014“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.

#### **Artikel 16b** **Änderung der** **Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Angabe „2015 oder 2016“ eingefügt.
  - cc) In Satz 4 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
  - dd) In Satz 5 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 9 Absatz 1 Nummer 5“ die Wörter „in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe“ eingefügt.
- d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

b) In Absatz 1 wird die Angabe „2017, 2018, 2019, 2020 und 2021“ durch die Angabe „2019, 2020, 2021, 2022 und 2023“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ und die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 Buchstabe b wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „2018 bis 2021“ durch die Angabe „2020 bis 2023“ ersetzt.

d) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

cc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

dd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

ee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

ff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

e) In Absatz 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ccc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

ddd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

eee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

fff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

dd) Satz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

ccc) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

ddd) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

eee) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

g) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

h) In Absatz 11 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

4. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

5. § 11 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.

b) In Nummer 2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „oder in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.

6. In § 15 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt.

7. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2013 oder 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 oder 2016“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

8. Die Anlage wird wie folgt geändert:

a) Die Übersicht wird wie folgt geändert:

aa) In der Bezeichnung des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

- bb) In der Bezeichnung des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
- b) In der Überschrift des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- c) In der Überschrift des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
- und die Wörter „interner Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt.

**Artikel 16c**  
**Änderung des**  
**Psych-Entgeltgesetzes**

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

**Artikel 16d**  
**Änderung des**  
**Krankenhausentgeltgesetzes**

In § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Neueinstellungen“ ein Komma

**Artikel 17**

**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2015 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Nummer 2, 3a Buchstabe b, Nummer 4 und 15, die Artikel 2, 6 Nummer 1 und 2, Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b, Nummer 4 Buchstabe b, Nummer 5 sowie Artikel 7a treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, Nummer 18 § 242a, Nummer 34, 39a sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a treten am 1. August 2014 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b, Nummer 3a Buchstabe a und c, Nummer 5 bis 8 und 39 sowie die Artikel 16, 16a, 16b, 16c und 16d treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(5) Artikel 1 Nummer 4b tritt am 6. Juni 2014 in Kraft.

---

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Juli 2014

Der Bundespräsident  
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin  
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit  
Hermann Gröhe

Die Bundesministerin  
für Arbeit und Soziales  
Andrea Nahles

Der Bundesminister  
für Ernährung und Landwirtschaft  
Christian Schmidt