

**Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen  
Krankenversicherung  
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV -VEG)**

**A. Problem und Ziel**

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

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

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

## **Artikel 1 (Inkrafttreten Tag nach der Verkündigung)**

§ 16 Abs. 3a SGB V

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

**(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.**

### **Auszug Begründung aus dem Gesetzentwurf Seite 25:**

Zu Artikel 1 (Änderung SGB V)  
Zu Nummer 1 (§ 16)

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

## **§ 188 Abs. 4 SGB V (Inkrafttreten nach der Verkündung)**

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt.

Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

**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**

Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder **gewöhnlichen** Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen.

Ein Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5** ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken.

Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5** im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen.

Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach **Satz 5**, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach **Satz 4** hinzuweisen.

**(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.**

## **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 26)**

Zu Nummer 4 (§ 188)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 und 2 kraft Gesetzes ohne die Mitwirkung der oder des Versicherten begründet, wenn ein Versicherungspflichtverhältnis oder eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet und die oder der Versicherte nicht wirksam und fristgerecht ihren oder seinen Austritt erklärt.

Dabei musste nach bisheriger Rechtslage die Krankenkasse vom Bestehen einer Mitgliedschaft auch dann im Zweifel ausgehen, wenn sie nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht klären konnte, ob das Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlassen hat. Grundsätzlich sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches gemäß § 30 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) nämlich nur auf diejenigen Personen anzuwenden, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches haben. Entscheidend für die Anwendung der Vorschriften des Sozialgesetzbuches ist danach im Regelfall nicht die Staatsangehörigkeit der oder des Betroffenen, sondern deren oder dessen Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Bundesgebiet. Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr als obligatorische Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa (geänderte Satzzählung).

Zu Buchstabe b

Um die einheitliche Auslegung und Anwendung der in den neuen § 181 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 vorgeschriebenen Ermittlungspflichten sicherzustellen, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, hierzu Regelungen zu erlassen. Diese sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

## **§ 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft (Inkrafttreten nach der Verkündung)**

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt **oder**

**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.**

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 27)**

Zu Nummer 5 (§ 191)

Zu den Buchstaben a und b  
Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet kraft Gesetzes, wenn ein in § 191 vorgesehener Beendigungstatbestand erfüllt ist. Die Neuregelung schafft einen weiteren Tatbestand, bei dessen Vorliegen freiwillige Mitgliedschaften enden.

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 4 sieht vor, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon ist auszugehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten zum einen das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt bereits nach dem Wortlaut voraus, dass die Leistung konkret und individuell für die Versicherte oder den Versicherten erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft nach dem neuen Beendigungstatbestand in Nummer 4 enden, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches hat, geht damit für die Betroffene oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit, ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

## **§ 240 SGB V beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (Inkrafttreten nach der Verkündung)**

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt.

Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; 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).

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

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 27)**

Zu Nummer 6 (§ 240)

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

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 ermöglicht es dem freiwilligen Mitglied durch Nachweis geringerer Einnahmen die Festsetzung zum Höchstbeitrag für vergangene Zeiträume zu ändern. Die Krankenkassen haben bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung versehen, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Durch die Neuregelung erhält das Mitglied nunmehr die gesetzlich vorgesehene Option, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Zwangsfestsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einnahmen nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beitragslast für diese nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen. Damit soll vermieden werden, dass nur aufgrund eines zu engen Zeitfensters für die Nachreichung von Nachweisen „fiktive“ und

häufig nicht realisierbare Beitragsschulden entstehen oder weiter aufgebaut werden. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben. Werden die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge nach Absatz 4a vorläufig festgesetzt, sind die dortigen Regelungen als speziellere Normen vorrangig anzuwenden.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung auf den Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder der Sozialhilfe nach SGB XII sein.

Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse sollte zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und die Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. Die „hinreichenden Anhaltspunkte“ stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse eigenverantwortlich ausgelegt und angewandt werden muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen hierzu einheitliche Vorgaben abstimmen werden.

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

**§ 323 SGB V Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs. 4 (Inkrafttreten nach der Verkündung)**

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

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

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

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

(5) Die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen überprüfen nach Abschluss der Bestandsbereinigung in einer Sonderprüfung, ob die Vorgaben nach den Absätzen 1 und 2 eingehalten worden sind, und teilen dem Bundesversicherungsamt und der Krankenkasse das Ergebnis ihrer Prüfung mit. Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grundlage dieser Mitteilung einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag in Höhe von 25 Prozent zu versehen ist, und macht diesen durch Bescheid geltend. Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2020 durchzuführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten nach § 30 Absatz 2 Satz 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren.“



## **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 31)**

Zu Nummer 12 (§ 323)

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

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

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

Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt hat, noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt bereits nach dem Wortlaut voraus, dass die Leistung konkret und individuell für die Versicherte oder den Versicherten erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. An einem

Kontakt zum Mitglied fehlt es insbesondere dann, wenn der Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht festgestellt werden konnte bzw. keinerlei Mitwirkung des Mitglieds erfolgt ist.

Der Versand eines Schreibens beispielsweise zur Klärung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Verhältnisse stellt für sich genommen keinen Kontakt zum Mitglied dar. Vielmehr muss die Ermittlung, ob Zugangshindernisse (z. B. durch Wohnungswechsel, Ortsabwesenheit) im konkreten Einzelfall bestanden haben, nachweisbar sein (z. B. durch entsprechende Aktenvermerke). Dies ist für die Krankenkassen mit vertretbarem Verwaltungsaufwand feststellbar.

Diese Vorgaben stellen sicher, dass nur solche freiwilligen Mitgliedschaften aufzuheben sind, bei denen kein schutzwürdiges Interesse der Betroffenen am Fortbestand der Mitgliedschaft besteht. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend aufgehoben worden sein, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialrechts hat, geht damit für die Betroffene oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

Ist nach dieser Übergangsvorschrift in § 323 eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend aufzuheben, entfallen die insoweit entstandenen Beitragsschulden. Darüber hinaus sind die entsprechenden Versichertenzeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen. Die Krankenkassen haben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhalten, ohne dass diesen Zuweisungen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von GKV Leistungen durch die Versicherten gegenüberstand. Insofern sieht die Übergangsvorschrift auch die Korrektur von bereits erhaltenen Zuweisungen vor. Auch wenn dies teilweise für Zeiträume erfolgt, für die das BVA den korrigierten Jahresausgleich bereits durchgeführt hat, steht das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot einer Verpflichtung der Krankenkassen zur Zuweisungsrückzahlung nicht entgegen. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende Rückwirkungsverbot schützt in erster Linie die mit den Grundrechten verbürgte Freiheit des einzelnen Bürgers. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gelten die Grundrechte nicht für Krankenkassen, da diese nur organisatorisch verselbstständigte Teile der Staatsgewalt sind und der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung ausüben.

Es fehlt ihnen die besondere Zuordnung zu dem durch die Grundrechte geschützten Lebensbereich.

Die Krankenkassen können sich auch nicht außerhalb von Grundrechten auf Vertrauensschutz berufen, da ihnen die Verfassung eine eigenständige und unabhängige Stellung nicht zuweist, die hinsichtlich der durch das Rechtsstaatsprinzip geschützten Interessen der eines Grundrechtsträgers vergleichbar ist und entsprechenden Schutz genießt. Zudem ist die Zuweisungskorrektur auch im Hinblick auf vergangene Zeiträume die zwingende Folge der Bereinigung des Mitgliederbestandes. Mit der Übergangsvorschrift soll gerade rückwirkend der Zustand hergestellt werden, der ohne Begründung von „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hätte. Es wäre widersprüchlich, die Krankenkassen zur rückwirkenden Aufhebung von Mitgliedschaften, für die keine Ausgaben aufgrund von Leistungsanspruchnahme entstehen konnten, zu verpflichten, ihnen aber gleichzeitig die für diese Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen zu belassen. Der Gesetzgeber würde in diesem Fall eine erhebliche Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Krankenkassen, die eine Vielzahl von aufzuhebenden Mitgliedschaften in ihrem Bestand hatten, hinnehmen. Ein sachlicher Grund hierfür ist, insbesondere mit Blick auf den

erheblichen Anstieg der Anzahl der freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4, nicht ersichtlich.

Mit Absatz 3 wird eine Sondermeldung für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eingeführt. Die Krankenkassen melden je Berichtsjahr die nach Abschluss der Bestandsbereinigung aufgehobenen Mitgliedschaftsverhältnisse und die zugehörigen versichertenbezogenen Versichertenzeiten an das BVA und die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen (Prüfdienste). Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den Prüfdiensten je Berichtsjahr alle Mitgliedschaftsverhältnisse nach § 188 Absatz 4, in denen das Mitglied weder Beiträge geleistet noch Leistungen in Anspruch genommen hat.

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

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

Eine Korrektur des Einkommensausgleichs nach § 270a sowie der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 RSAV erfolgt nicht. Der Bereinigungsbetrag ist an den Gesundheitsfonds zu erstatten und wird im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV hinzugerechnet.

Mit der Regelung in Absatz 5 werden die Prüfdienste beauftragt, im Rahmen einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu überprüfen, ob die Krankenkassen die Vorgaben zur Bestandsbereinigung nach Absatz 1 und 2 ordnungsgemäß und vollumfänglich eingehalten haben. Die Prüfung kann bei allen Krankenkassen zunächst als systematische Prüfung erfolgen, in der anhand inhaltlicher Kriterien festgestellt werden kann, ob das von der jeweiligen Krankenkasse gewählte Vorgehen die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Bestandsbereinigung nach den

Absätzen 1 und 2 erfüllt. Stellen die Prüfdienste als Ergebnis der systematischen Prüfung fest, dass die von den Krankenkassen gewählte Vorgehensweise der Bestandsbereinigung entweder nicht nachvollziehbar dokumentiert ist oder die Dokumentation auf gravierende Mängel bei der Vorgehensweise schließen lässt, schließt sich eine Vollprüfung der Datenmeldung nach Absatz 3 Satz 2 an.

In dieser Vollprüfung stellen die Prüfdienste versichertenbezogen bei denjenigen Mitgliedern, die Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 2, nicht aber Bestandteil der Meldung nach Absatz 3 Satz 1 sind, fest, ob diese die Kriterien nach Absatz 2 erfüllen und daher aufzuheben sind. Die Vollprüfung kann auch direkt ohne systematische Prüfung erfolgen. Auf Grundlage dieser Feststellung legt das BVA einen Korrekturbetrag fest. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen nach Absatz 1 und 2 sowie die Befugnisse der Aufsichtsbehörden unberührt. Die Geltendmachung eines Aufschlags wirkt Anreizen entgegen, die Bestandsbereinigung nicht vollumfänglich vorzunehmen und das Ergebnis der Sonderprüfung abzuwarten. Die Verlängerung der sechsjährigen Aufbewahrungsfrist nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV ist für die RSA-Datengrundlage des Berichtsjahres 2013 erforderlich, um den Prüfdiensten ausreichend Zeit für ihre Überprüfung der Bestandsbereinigung zu geben. Im Übrigen bleiben die Verpflichtungen der Krankenkassen nach § 30 Absatz 2 Satz 6 RSAV unberührt.

**Artikel 2 (Inkrafttreten 01.01.2019  
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**§ 9 SGB V Freiwillige Versicherung**

(1) Der Versicherung können beitreten

.....

**8. Personen, die als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.**

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

.....

**6. im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 8 nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit.**

**Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 34)**

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 9)

Zu Buchstabe a

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

Das Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung lässt die bisherigen Möglichkeiten des Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit unberührt. Nach bisherigem Recht können sich Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach ihrem Ausscheiden aus dem Dienst nur unter bestimmten Voraussetzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Eine Versicherungspflicht entsteht zumeist dann, wenn ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Bei Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist jedoch eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a regelmäßig ausgeschlossen. Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und vor der Dienstzeit zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden jedoch auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (sogenannte nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13). Liegen die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor, ist ausgeschiedenen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit eine Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang grundsätzlich nur dann möglich, wenn sie bereits während ihrer Dienstzeit eine freiwillige Mitgliedschaft in Form der Anwartschaftsversicherung nach § 240 Absatz 4b geführt haben.

Das neue Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt der besonderen Situation von Soldatinnen und Soldaten auf

Zeit Rechnung. Um den Bedarf an militärischem Personal flexibler gestalten zu können, wurden mit dem Gesetz zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 15. März 2012 die bis dahin geltenden Höchstverpflichtungszeiten auf 25 Jahre angehoben sowie das Einstiegsalter grundsätzlich nicht mehr beschränkt.

Infolgedessen ist bereits jetzt und mit steigender Tendenz in der Zukunft damit zu rechnen, dass Soldatinnen und Soldaten auf Zeit bei Dienstzeitende ein höheres Alter haben und insofern der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erschwert sein könnte.

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

Zu Buchstabe b

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

#### **Hinweise von mir:**

Aufgrund des Beitrittsrechts zur freiwilligen Krankenversicherung werden das Soldatengesetz, das Soldatenversorgungsgesetz und die Bundesbeihilfeverordnung auch geändert. Die gesetzlichen Bestimmungen habe ich hier nicht aufgeführt. Folgende Änderungen treten zum 01.01.2019 in Kraft:

- **der Anspruch auf Beihilfe entfällt während des Bezuges der Übergangsgebühren**
- **für Soldaten/innen, die am 31.12.2018 bereits Übergangsgebühren erhalten, gibt es Übergangsvorschriften**
- **im Rahmen der Übergangsgebühren wird auch ein Zuschuss zur Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) gewährt**

#### **Ich führe nur die Begründungen aus dem Gesetzentwurf auf (Seite 42)**

Zu Artikel 10 (Änderung des Soldatengesetzes)  
Zu Nummer 1

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.  
Zu Nummer 2

Die bisherige Regelung, wonach ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten auf Zeit während des Anspruchs auf Übergangsgebühren einen Anspruch auf Beihilfe hatten, ist nicht mehr zeitgemäß. Personen, die nach ihrem Ausscheiden aus dem Wehrdienstverhältnis lediglich eine zeitlich begrenzte Übergangsversorgung erhalten, bezogen so typische Fürsorgeleistungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes. Derartige Leistungen stehen sonst nur Angehörigen des öffentlichen Dienstes und

Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Versorgung auf Lebenszeit zu. Mit der Einführung eines Beitrittsrechts zur gesetzlichen Krankenversicherung in Artikel 2 Nummer 1 und 7 (Änderungen in den §§ 9 und 257 SGB V) wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Ein Beihilfeanspruch ist nicht mehr erforderlich, da sie bereits über eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage anderer Normen verfügen.

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)  
Zu Nummer 1

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

Die in den zurückliegenden Jahren erheblichen Veränderungen der dienstlichen und beruflichen Werdegänge der Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten Jahren führen dazu, dass Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten mit deutlich höherem Lebensalter ausscheiden. Dies ist u.a. auf die höheren Verpflichtungsreichweiten (bis zu 25 Jahre) sowie die steigende Zahl von lebensälteren Seiteneinsteigern zurück zu führen. Dadurch entstehen für die Betroffenen zunehmend nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst Probleme beim Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Krankenversicherung der Rentner. Dieser besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten soll durch die Schaffung eines einheitlichen Zugangsrechts zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet werden. Allen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit wird das Recht gewährt, sich nach dem Ausscheiden aus dem Dienst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können. Zugleich wird der Beihilfeanspruch, der derzeit während des Bezugszeitraums der Übergangsgebühren besteht, gestrichen. Dennoch bleibt die aktive Entscheidung für den Weg in die private Krankenversicherung als Option erhalten.

Zum Wegfall des Beihilfeanspruchs ist den Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, die nach ihrem Ausscheiden keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, während des regelmäßigen Bezugs von Übergangsgebühren unabhängig davon, ob sie sich nach dem Ausscheiden aus der Bundeswehr gesetzlich oder privat versichern, ein finanzieller Ausgleich zu gewähren, um die derzeitige Netto-Leistungshöhe für die Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühren weitgehend zu erhalten. Dieser, der besonderen Situation ehemaliger Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten geschuldete Ausgleich wird durch die Übernahme der hälftigen Krankenversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der Übergangsgebühren durch den Dienstherrn in Form eines Zuschusses geschaffen. Sollte ein für eine private Krankenversicherung gezahlter Beitrag niedriger sein als der auf Basis der Übergangsgebühren und dem ermäßigten Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ermittelte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung, wird nur der hälftige, niedrigere Beitrag zur privaten Krankenversicherung gezahlt. Aufgrund der Aufhebung des § 31 Absatz 2 Satz 2 des Soldatengesetzes ist die durchgängige Gewährung des Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen sicherzustellen.

Zu Nummer 3

§ 11b stellt eine Neuregelung der Absicherung der Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühren für den Krankheitsfall dar. Es ist daher sachgerecht, einen in der Zukunft liegenden Stichtag für das Inkrafttreten vorzusehen. Damit wird neuen Zahlungsempfängerinnen und Zahlungsempfängern Zeit eingeräumt, sich umfassend über die neue Rechtslage zu informieren. Außerdem benötigen die die Übergangsgebühren zahlenden Stellen Zeit, die Änderung im Antrags- und Abrechnungsverfahren vorzubereiten. Vorhandene Empfängerinnen und Empfänger von Übergangsgebühren haben ihre Krankenversicherung auf der Grundlage der bisherigen Rechtslage geregelt. Für diesen Personenkreis ist der Wechsel in das neue System daher nicht erforderlich.

Zu Artikel 12 (Änderung der Bundesbeihilfeverordnung)

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



## **§ 240 Abs. 4 SGB V (Inkrafttreten 01.01.2019)**

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der **achzigste** Teil der monatlichen Bezugsgröße.

~~3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. 4Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen. 5Die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grundlage der Sätze 3 und 4 bestimmten Voraussetzungen für eine Beitragsberechnung sind bis zur endgültigen Beitragsfestsetzung nach Absatz 4a Satz 3 durch das Mitglied nachzuweisen. 6Für die Beurteilung der selbständigen Erwerbstätigkeit einer Tagespflegeperson gilt § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend~~

Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

## **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 36)**

Zu Nummer 3 (§ 240)

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

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

Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige erfolgt die Beitragsbemessung nach bisheriger Rechtslage mindestens auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe des kalendertäglich 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße.

Dies entspricht für das Jahr 2018 einem Betrag von 2 283,75 Euro. Unterschreiten die Einkünfte der Versicherten diesen Wert, ist gleichwohl ein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag von derzeit durchschnittlich 342,56 Euro zu leisten. In Härtefällen sowie als Existenzgründer können freiwillig versicherte hauptberuflich

Selbstständige, die nachweislich weniger als die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage verdienen, bei ihrer Krankenkasse eine Beitragsreduzierung erwirken. In diesem Fall gilt bislang eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 60. Teils der monatlichen Bezugsgröße von 1 522,50 Euro (im Jahr 2018), der monatliche Mindestbeitrag beträgt dann durchschnittlich 228,38 Euro.

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

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage bedeutet somit sowohl für Selbstständige mit geringeren Einkünften als auch für Existenzgründer eine erhebliche Entlastung.

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

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

## **§ 248 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (Inkrafttreten 01.01.2019)**

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. **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.** Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 37)**

Zu Nummer 4 (§ 248)

Im geltenden Recht sind die Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgabereuten nach dem ALG mit Ausnahme einer Übergangshilfe bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten und Landabgabereuten den Empfängerinnen und Empfängern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 gleichgestellt.

Die Schaffung der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, wird hiermit auch für die Versicherungspflichtigen nachvollzogen, die eine Rente oder Landabgabereute von der landwirtschaftlichen Alterskasse beziehen. Da nur der halbe Beitragssatz bei der Rentenempfängerin oder dem Rentenempfänger erhoben wird, kann die Regelung nicht wie für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragstragung erfolgen, sondern muss beim Beitragssatz vorgenommen werden. Durch die Änderung wird zusammen mit der Änderung in § 39 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die Gleichbehandlung der Empfängerinnen und Empfänger von Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse erreicht, unabhängig davon, ob sie in der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

## **§ 249 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Inkrafttreten 01.01.2019)**

**(1) 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.** Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b.

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein für Beschäftigte, soweit Beiträge für Kurzarbeitergeld zu zahlen sind.

(3) Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz **zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes** auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird, im Übrigen vom Versicherten getragen. Dies gilt auch für Personen, für die § 7 Absatz 3 Anwendung findet.

### **Begründung aus dem Gesetzentwurf (Seite 37)**

Zu Nummer 5 (§ 249)

Zu Buchstabe a

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

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

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

Die Regelung tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Buchstabe b

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

## **§ 249a SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Inkrafttreten 01.01.2019)**

**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.** Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge ~~nach dem allgemeinen Beitragssatz~~, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 37)**

Zu Nummer 6 (§ 249a)  
Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

## **§ 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Inkrafttreten 01.01.2019)**

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. **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.** Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. **2**Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 **zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a** und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 **zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a** der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241 **zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a** . Absatz 1 Satz 3 gilt.

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 38)**

Zu Nummer 7 (§ 257)

Zu Buchstabe a

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

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

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

## **§ 106 SGB VII Zuschuss zur Krankenversicherung (Inkrafttreten 01.01.2019)**

(1) Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(2) Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung **zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 des Fünften Buches** auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. **§ 247 Satz 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden.**

(3) Für Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung **zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches** auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuss von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 39)**

Zu Artikel 3 (Änderung des SGB VI)

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

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

Die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V, wonach für krankenversicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten, wird im § 106 Absatz 2 SGB VI hinsichtlich des Beitragszuschusses für die freiwillig krankenversicherten Rentnerinnen und Rentner nachvollzogen. Das hat auch zur Folge, dass der Zuschuss nach § 106 Absatz 2 SGB VI von den Rentenversicherungsträgern mit Wirkung vom 1. Januar 2019 an auf der Grundlage des jeweils im November 2018 maßgeblichen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen ist. Eventuelle Änderungen der Zusatzbeitragssätze, die nach dem 30. November 2018 wirksam werden, wirken



sich bei der Berechnung des Zuschusses – wie bislang schon bei krankenversicherungspflichtigen Rentnerinnen und Rentnern – erst mit einer zweimonatigen Verzögerung und damit frühestens ab dem 1. Februar 2019 aus. Eine Übergangsregelung für die Berechnung der Zuschüsse an freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentnerinnen und Rentner für den Monat Januar 2019 und – falls sich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zum 1. Januar 2019 ändert – für den Monat Februar 2019 ist damit nicht erforderlich.