

satz 4 Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen. Absatz 4 Satz 8 gilt entsprechend.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben; Absatz 2 gilt entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Informationspflichten nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5 sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3.³⁹⁹

399 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 175 Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

(1) Versicherungspflichtige, die in einem Handwerksbetrieb eines Mitglieds einer Handwerksinnung beschäftigt sind, für die eine Innungskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Innungskrankenkasse. § 174 bleibt unberührt.

(2) Tritt ein Handwerker einer Handwerksinnung bei, für die eine Innungskrankenkasse besteht, beginnt die Mitgliedschaft der in seinem Handwerksbetrieb versicherungspflichtig Beschäftigten bei dieser Innungskrankenkasse mit dem Tag des Beitritts zur Handwerksinnung. Scheidet ein Handwerker aus der Handwerksinnung aus oder verlegt er seinen Handwerksbetrieb aus dem Innungsbezirk hinaus, endet die Mitgliedschaft der bei ihm versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Innungskrankenkasse.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) und Artikel 1 Nr. 52 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) haben Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz oder verändert sie Leistungen, über deren Art und Umfang sie entscheiden kann, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung oder der Leistungsveränderung folgenden Kalendermonats möglich.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 61 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1946) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Mitgliedsbescheinigung ist der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich vorzulegen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Das Wahlrecht Versicherungspflichtiger ist spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „das Wahlrecht nicht ausgeübt“ durch „die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „das Wahlrecht nicht nach Absatz 1 Satz 1 ausgeübt“ durch „eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Der Versicherungspflichtige ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres möglich. Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats möglich. Die Kün-

digung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 134 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht.“

02.02.2007.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. ee des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 Satz 8 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 4 „oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ nach „Mitgliedsbescheinigung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „oder“ durch „ , Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt,“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 135 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 3 „vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit“ durch „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 135 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 und 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren“ nach „ablehnen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 4 Satz 1 „ , wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 5 bis 7 in Abs. 4 neu gefasst. Die Sätze 5 bis 7 lauteten: „Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Beitragssatz oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringering gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 10 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 10 lautete: „Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben. Abs. 4a lautete:

„(4a) Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von Absatz 4 Satz 1 nach Maßgabe dieses Absatzes kündigen. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags gekündigt werden; Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erstmalig oder erneut begründet wird. Mitglieder, die bereits vor dem 1. Januar 2012 einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten, hat die Krankenkasse bis zum 29. Februar 2012 auf das Kündigungsrecht nach diesem Absatz hinzuweisen; das Kündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises ausgeübt werden. Absatz 4 Satz 7 gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 13b des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 3a Satz 1 „§ 171b“ durch „§ 160“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 10b lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautet:

„(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. b des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben Abs. 2a Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. bb des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat im neuen Abs. 2a Satz 4 „Satz 1“ durch „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2a Satz 5 „Sätzen 1 und 3“ durch „Sätzen 1, 2 und 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. c desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3a neu gefasst. Satz 5 lautet: „Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. aa bis dd desselben Gesetzes und Artikel 5 Nr. 7 lit. e des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben die Sätze 1 bis 4 in Abs. 4 durch die Sätze 1 bis 5 ersetzt. Die Sätze 1 bis 4 lauteten: „Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. ee des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat im neuen Abs. 4 Satz 6 „; Satz 4 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. ff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 7 jeweils „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. gg desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 8 „Satz 6“ durch „Satz 7“ und „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. hh desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 9 „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch „Satz 1 gilt“ und „; Satz 1 gilt nicht,“ durch „oder“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. e desselben Gesetzes und Artikel 5 Nr. 7 lit. f des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben in Abs. 5 „; Absatz 2 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. f des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. g des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben in Abs. 6 „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5 sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. c des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautet:

„(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach

*Zweiter Titel*⁴⁰⁰**§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften**

(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt.

(2) Die in Absatz 1 genannten Solidargemeinschaften sind ihren Mitgliedern zur Gewährung von Leistungen verpflichtet, die der Art, dem Umfang und der Höhe nach den Leistungen dieses Buches entsprechen. Hiervon kann durch Satzung der Solidargemeinschaft nicht zum Nachteil ihrer Mitglieder abgewichen werden. Die Kündigung der Mitgliedschaft in einer solchen Solidargemeinschaft wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Um eine dauerhafte Leistungsfähigkeit nachzuweisen, hat eine Solidargemeinschaft alle fünf Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten beim Bundesministerium für Gesundheit einzureichen. Das Gutachten ist von einem unabhängigen und geeigneten Gutachter zu prüfen und zu testieren. Voraussetzung für die Erteilung des Testats ist insbesondere, dass

1. die Beiträge der Solidargemeinschaft auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung der Wahrscheinlichkeitstafeln der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und anderer einschlägiger statistischer Daten berechnet sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit und zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos, und

Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.“

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 „eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen“ durch „Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt“ durch „Werden die Angaben nach Satz 1 über die gewählte Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemacht“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 6 „eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen“ durch „über die gewählte Krankenkasse zu informieren“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Mitgliedsbescheinigungen“ durch „Informationspflichten“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 15a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 4a eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 6 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 4 Satz 4 „; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 7 „und dessen Ausübung“ nach „nach Satz 6“ eingefügt.

400 QUELLE

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

AUFHEBUNG

28.12.2007.—Artikel 1 Nr. 136a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Zuständigkeit“.

2. die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 jederzeit gewährleistet ist.

(4) Die Regelungen zur Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung oder in die private Krankenversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz bleiben unberührt.

(5) Erhebt eine in Absatz 1 genannte Solidargemeinschaft von einem Mitglied einen Beitrag, der höher ist als die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, und besteht bei dem Mitglied Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, auf die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jeweils an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Mitglieds zu prüfen und zu bescheinigen.⁴⁰¹

401 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

3. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
4. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.“

01.01.1998.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat Nr. 3 und 4 in Abs. 1 in Nr. 4 und 5 unnummeriert und Abs. 1 Nr. 3 eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 7a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 „Nr. 2“ durch „Nr. 2, 2a“ ersetzt.

AUFHEBUNG

28.12.2007.—Artikel 1 Nr. 136a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 176 Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind abweichend von § 173

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

3. deutsche Seeleute, für die der Reeder einen Antrag gemäß § 2 Abs. 3 des Vierten Buches gestellt hat,
4. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
5. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a oder 5 bis 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der See-Krankenkasse an, wenn sie zuletzt bei der See-Krankenkasse versichert waren; § 173 gilt.“

QUELLE

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

§ 177⁴⁰²

§ 178⁴⁰³

§ 179⁴⁰⁴

01.07.2023.—Artikel 5 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 146) hat Abs. 5 eingefügt.

402 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 10 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in einem knappschaftlichen Betrieb Beschäftigten sowie die Beschäftigten, die nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder nach anderen Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches genannten Personen.“

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 177 Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind abweichend von § 173 die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches genannten Personen.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren; § 173 gilt.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 7b des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 3 „Nr. 2“ durch „Nr. 2, 2a“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 136 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 177 Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind abweichend von § 173 die in den §§ 133 und 273 Abs. 1 bis 4 des Sechsten Buches genannten Personen, für die die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung zuständig ist.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren oder die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a oder Nr. 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren; § 173 gilt.“

403 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 178 Zuständigkeit für Mehrfachbeschäftigte

Stehen versicherungspflichtig Beschäftigte gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, für die verschiedene Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung. Im Zweifel ist das Beschäftigungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.“

§ 180⁴⁰⁵

§ 181⁴⁰⁶

§ 182⁴⁰⁷

*Zweiter Titel*⁴⁰⁸

§ 183⁴⁰⁹

404 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 179 Zuständigkeit für unständig Beschäftigte

(1) Personen, die berufsmäßig unständigen Beschäftigungen nachgehen, in denen sie versicherungspflichtig sind (unständig Beschäftigte), gehören der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse an.

(2) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.“

405 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 180 Zuständigkeit für Beschäftigte bei einer Krankenkasse

(1) Die bei einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer sind Mitglieder dieser Krankenkasse.

(2) Die bei einer Ersatzkasse beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer können Mitglieder dieser Ersatzkasse werden.“

406 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 181 Zuständigkeit für besondere Personengruppen

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 10 Versicherungspflichtigen gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren.“

407 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 182 Zuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller

(1) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Personen (versicherungspflichtige Rentner) und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren, soweit Absatz 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Rentner und Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist.

(3) Wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, gehören ihr auch versicherungspflichtige Rentner an, die während ihres letzten Beschäftigungsverhältnisses Mitglieder dieser Krankenkasse gewesen wären, wenn sie bereits bestanden hätte. Satz 1 gilt auch für die versicherten Hinterbliebenen.“

408 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Wahlrechte der Mitglieder“.

409 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 117 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 6 eingefügt.

§ 184⁴¹⁰

AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 183 Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte

(1) Versicherungspflichtig Beschäftigte, für die eine Orts-, Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse wählen, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf. Mitglied der gewählten Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu diesem Mitgliederkreis verliert.

(2) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der Ersatzkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(3) Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber unverzüglich die Wahl der Ersatzkasse mitzuteilen. Diese hat dem Arbeitgeber den Beginn der Mitgliedschaft unverzüglich und kostenlos zu bescheinigen.

(4) Mitglieder von Ersatzkassen können die Mitgliedschaft bei der zuständigen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen.

(5) Wird das Wahlrecht innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse am Tag des Eintritts in die Beschäftigung. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats. Scheidet ein versicherungspflichtig Beschäftigter aus einer Krankenkasse aus, hat diese dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft schriftlich mitzuteilen.

(6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, können die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Die Absätze 3 und 5 gelten entsprechend.“

410 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 184 Wahlrechte besonderer Personengruppen

(1) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen und Behinderte können die Mitgliedschaft bei

1. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
2. der Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist,
3. der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist, oder
4. jeder Ersatzkasse

wählen.

(2) Versicherungspflichtige Studenten können die Mitgliedschaft bei der für den Sitz der Hochschule oder der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder bei einer Ersatzkasse für Angestellte wählen.

(3) Versicherungspflichtige Rentner können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt, die Mitgliedschaft bei

1. ihrer früheren Krankenkasse wählen, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Krankenkasse zuständig ist,
2. einer Ersatzkasse wählen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder dieser Ersatzkasse hätten sein können.

Absatz 1 Nr. 1 und 3 gilt entsprechend.

(4) Hinterbliebene können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt Mitglied war, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt.

(5) Versicherungspflichtige Rentner und Hinterbliebene, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei

§ 185⁴¹¹

Dritter Abschnitt Mitgliedschaft und Verfassung

Erster Titel Mitgliedschaft

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis.

(2) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 179 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

(3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. Ist die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durch eine unständ-

1. der Krankenkasse wählen, bei der sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt vor Rentenantragstellung versichert waren, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied bei der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht,

2. der Krankenkasse wählen, bei der der Ehegatte versichert ist.

(6) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(7) Wird das Wahlrecht innerhalb eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Eintritt der Versicherungspflicht. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

(8) Bei versicherungspflichtigen Rentnern beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse abweichend von Absatz 7 Satz 1 mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.“

411 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 185 Wahlrecht für freiwillige Mitglieder

(1) Freiwillige Mitglieder können Mitglied der Krankenkasse bleiben, der sie vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört haben.

(2) Beitrittsberechtigte nach § 9 und freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft wählen bei

1. der Krankenkasse, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären,

2. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,

3. der Krankenkasse, bei der unmittelbar vor Beginn der freiwilligen Versicherung eine Versicherung nach § 10 bestand oder bestanden hätte, wenn die Ausschlußgründe des § 10 Abs. 3 nicht vorgelegen hätten, oder

4. einer Ersatzkasse, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.

(3) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.“

dige Beschäftigung (§ 179 Abs. 2) unterbrochen worden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage nach dem Ende der unständigen Beschäftigung. Kann nach § 9 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ein Versicherungsvertrag gekündigt werden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem auf die Kündigung folgenden Monat, spätestens zwei Monate nach der Feststellung der Versicherungspflicht.

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule. Bei Hochschulen, in denen das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.

(8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.⁴¹²

412 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 3 neu gefasst.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 118 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 10 eingefügt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688) hat in Abs. 1 „die Beschäftigung“ durch „das Beschäftigungsverhältnis“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 5 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Behinderter“ durch „behinderter Menschen“ und „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld“ durch „Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 137 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 11 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Satz 4 in Abs. 11 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versiche-

§ 187 Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.

(3) Der Beitritt ist in Textform zu erklären. Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitgliedschaftsberechtigten vor Abgabe ihrer Erklärung in geeigneter Weise in Textform über die Rechtsfolgen ihrer Beitrittserklärung informiert werden.

(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 Saisonarbeitnertätigkeit 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 5 hinzuweisen.

versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 7 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

(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.⁴¹³

§ 189 Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.⁴¹⁴

§ 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.

(3) (weggefallen)

(4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.

(5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet; § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleibt unberührt.

(6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.

413 ÄNDERUNGEN

29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2b lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 8 Nr. 10 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 4 Satz 4 bis 7 eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 5 „ständigen“ durch „gewöhnlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 6 bis 8 jeweils „Satz 4“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 2a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 81 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.“

414 ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2“ durch „Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2“ ersetzt.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie

1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Bei Anerkennung von Hinderungsgründen, die eine Überschreitung der Altersgrenze nach Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen, endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semesterende. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 endet im Fall der Exmatrikulation die Mitgliedschaft mit Ablauf des Tages, an dem der Student seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs aufgegeben hat oder an dem er dauerhaft an seinen Wohnsitz oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs zurückkehrt. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn sich der Student nach Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf er exmatrikuliert wurde, innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule einschreibt. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.⁴¹⁵

415 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 5 neu gefasst.

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

19.05.1995.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet sieben Monate nach Beginn des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, spätestens mit der Exmatrikulation.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 119 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 12 aufgehoben. Abs. 12 lautete:

„(12) Bei einer Ersatzkasse endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu den in den Absätzen 2 bis 11 genannten Zeitpunkten nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Absatz 3 Satz 2 gilt.“

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Abs. 12 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat in Abs. 2 „gegen Arbeitsentgelt“ nach „Beschäftigungsverhältnis“ eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 7 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ und „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat Abs. 11a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 12 „Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe“ durch „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 138 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 2 „ , es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 138 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 13 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 3 Satz 2 „ , es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 82 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 11a „Nr. 6“ durch „Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres“ am Ende eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 12 „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

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.⁴¹⁶

§ 192 Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

1. sie sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden,
2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen wird,
- 2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von sonstigen öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbe-

416 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) hat in Nr. 4 „; § 175 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1946) hat Nr. 4 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt; § 175 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 135 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Satz 2 „Bundessozialhilfegesetzes“ durch „Zwölften Buches“ und „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 139 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 Nr. 2 das Komma durch „oder“ ersetzt, Nr. 3 in Satz 1 aufgehoben und Nr. 4 in Nr. 3 unnummeriert. Nr. 3 lautete:

„3. mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, oder“.

Artikel 1 Nr. 139 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Im Falle des Satzes 1 Nr. 3 ist das Mitglied insbesondere darauf hinzuweisen, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft eine freiwillige Versicherung auch bei einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist sowie darauf, dass unter den Voraussetzungen des Zwölften Buches die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Träger der Sozialhilfe möglich ist.“

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Nr. 2 „oder“ durch ein Komma ersetzt, in Nr. 3 den Punkt durch „oder“ ersetzt und Nr. 4 eingefügt.

standteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes bezogen werden oder diese beansprucht werden können,

3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Übergangsgeld gezahlt wird oder
4. Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld nach dem Dritten Buch bezogen wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.⁴¹⁷

§ 193 Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, wenn sie den Einsatzunfall in einem Versicherungsverhältnis erlitten haben.

417 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2142) und Artikel 1 Nr. 120 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) haben in Abs. 1 Nr. 2 „Erziehungsgeld bezogen“ durch „nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder“ am Ende durch ein Komma ersetzt, in Abs. 1 Nr. 3 den Punkt durch „oder“ ersetzt und Abs. 1 Nr. 4 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautet:

„1. das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung,“.

02.01.2001.—Artikel 19 Nr. 4 des Gesetzes vom 30. November 2000 (BGBl. I S. 1638) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Erziehungsurlaub“ durch „Elternzeit“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 29 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 3 „medizinische Maßnahmen zur“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

01.05.2002.—Artikel 47b Nr. 2 des Gesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467) hat Nr. 3 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 3 lautet:

„3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder“

01.01.2007.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in Abs. 1 Nr. 4 „Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld“ durch „Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 19 Nr. 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Elterngeld“ nach „Erziehungsgeld“ eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen“ nach „genommen“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Nr. 2a „oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ nach „Gewebe“ eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ nach „Versorgungskrankengeld“ eingefügt.

01.04.2024.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Nr. 4 „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ eingefügt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Krankengeld der Soldatenentschädigung“ nach „Entschädigung“ eingefügt.

(2) Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht. Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Zivildienst entsprechend.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten. Die Dienstleistungen und Übungen gelten nicht als Beschäftigungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.

(5) Die Zeit in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes gilt nicht als Beschäftigung im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.⁴¹⁸

Zweiter Titel **Satzung, Organe**

§ 194 Satzung der Krankenkassen

(1) Die Satzung muß insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen und Sitz der Krankenkasse,
2. Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlußfassung des Verwaltungsrates,
8. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
9. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
11. Art der Bekanntmachungen.

(1a) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kos-

418 **ÄNDERUNGEN**

29.07.1995.—Artikel 18 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 14 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1726) hat in Abs. 1 „und § 6b Abs. 1“ nach „Abs. 1“ eingefügt.

Artikel 14 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „und § 6b Abs. 1“ nach „Abs. 1“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

24.12.2000.—Artikel 14 des Gesetzes vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815) hat in Abs. 4 Satz 1 „§§ 51a und 54 Abs. 5“ durch „§§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ ersetzt.

30.04.2005.—Artikel 20 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 4 Satz 1 „den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ durch „dem Vierten Abschnitt“ ersetzt.

Artikel 20 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ am Ende gestrichen.

18.12.2007.—§ 22 Abs. 7 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2861) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

§ 22 Abs. 7 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

§ 22 Abs. 7 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

tenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandskrankenversicherung.

(2) Die Satzung darf keine Bestimmungen enthalten, die den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. Sie darf Leistungen nur vorsehen, soweit dieses Buch sie zulässt.⁴¹⁹

§ 194a Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen

(1) Bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 können im Rahmen eines Modellprojektes abweichend von § 54 Absatz 1 des Vierten Buches die Wahlen der Vertreter der Versicherten bei den in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen auch in einem elektronischen Wahlverfahren über das Internet (Online-Wahl) durchgeführt werden. Eine Stimmabgabe per Online-Wahl ist nur möglich, wenn die jeweilige Krankenkasse in ihrer Satzung vorsieht, dass alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vorgenommen werden kann. Eine entsprechende Satzungsregelung muss spätestens bis zum 30. September 2020 in Kraft treten.

(2) Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen haben die Stimmabgabe per Online-Wahl gemeinsam und einheitlich vorzubereiten und durchzuführen. Nehmen mehrere Krankenkassen an dem Modellprojekt teil, bilden sie hierfür eine Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a Satz 1 des Zehnten Buches.

(3) Die nachgewiesenen Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen für die Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl werden auf alle in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen in entsprechender Anwendung von § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung umgelegt. Umgelegt werden dürfen insbesondere Aufwendungen für die Ausschreibung und Beauftragung externer Dienstleistungen einschließlich Kosten wissenschaftlicher und technischer Beratung sowie Sach- und Personalkosten der teilnehmenden Krankenkassen für Aufgaben, die in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 2 auf der Grundlage einer von dieser aufgestellten Projektplanung zur Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl wahrgenommen werden.

(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung setzt die auf die einzelnen Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 1 entfallenden Umlagebeträge fest, zieht die festgesetzten Umlagebeträge von den Krankenkassen ein und erstattet den am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen ihre Kosten. Hierfür teilt der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen dem Bundesamt für Soziale Sicherung die von ihm nach § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung ermittelten Zahlen der wahlberechtigten Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit. Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen und die von ihnen gebildete Arbeitsgemeinschaft haben dem Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2023 die zur Durchführung der Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Angaben zu machen. Für die Nachweise der Kosten der am Modellprojekt

419 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 121 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 7 „der Vertreterversammlung“ durch „des Verwaltungsrates“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 136 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 140 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 12a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 2 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 2 lautete: „Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242,“.

teilnehmenden Krankenkassen gilt § 82 Absatz 4 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend. Sach- und Personalkosten einer teilnehmenden Krankenkasse gelten in der Regel als nachgewiesen, soweit sie in Übereinstimmung mit der Projektplanung der Arbeitsgemeinschaft angefallen sind und die Arbeitsgemeinschaft die Plausibilität der Kosten bestätigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens einschließlich Regelungen zur Verrechnung der Umlagebeträge mit Erstattungsfordernungen sowie zu Abschlagszahlungen treffen; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Eine Erstattung an am Modellprojekt beteiligte Krankenkassen erfolgt nur, soweit Umlagebeträge beim Bundesamt für Soziale Sicherung bereits eingegangen sind. Im Falle einer Anfechtung der Online-Wahl sind die Umlage- und Erstattungsbeträge vorläufig festzusetzen.

(4) Die für Sozialversicherungswahlen geltenden allgemeinen Wahlgrundsätze nach § 45 Absatz 2 des Vierten Buches sind unter Berücksichtigung der technischen Besonderheiten auch bei Online-Wahlen entsprechend zu wahren.⁴²⁰

§ 194b Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl

(1) Für die Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl gelten die Vorschriften des Zweiten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches sowie die Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend, sofern in den Absätzen 2 bis 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) § 53 Absatz 4 des Vierten Buches gilt bei der Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl mit der Maßgabe, dass die Wahlbeauftragten und ihre Stellvertreter berechtigt sind, die räumlichen und technischen Infrastrukturen, die von den in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen oder den von diesen beauftragten Dritten für die Durchführung der Wahl genutzt werden, in geeigneter Weise zu überprüfen. Die Wahlbeauftragten sind befugt, Dritte mit der Prüfung zu beauftragen.

(3) Für die Durchführung der Wahlen gelten im Übrigen folgende Vorgaben:

1. ein Wahlberechtigter darf seine Stimme entweder per Briefwahl oder per Online-Wahl abgeben,
2. bei doppelter Stimmabgabe durch einen Wahlberechtigten per Briefwahl und per Online-Wahl zählt die per Online-Wahl abgegebene Stimme, die per Briefwahl abgegebene Stimme ist ohne weitere Prüfung ungültig,
3. die Krankenkassen, die eine Stimmabgabe per Online-Wahl ermöglichen, können die zugelassenen Vorschlagslisten und die Darstellung der Listenträger abweichend von § 26 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung zusätzlich auch im Internet veröffentlichen,
4. die Information der Wahlberechtigten nach § 27 Absatz 3 Satz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung hat insbesondere Folgendes zu enthalten:
 - a) eine Beschreibung des Verfahrens für die Stimmabgabe per Online-Wahl einschließlich der für die Authentisierung des Wahlberechtigten zu verwendenden Authentisierungsmittel und der technischen Mechanismen, mit Hilfe derer sich der Wahlberechtigte von der Authentizität der Wahlplattform überzeugen kann, sowie
 - b) den Hinweis, dass eine Stimmabgabe nur einmal erfolgen kann und dass bei doppelt abgegebener Stimme sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl die per Briefwahl abgegebene Stimme ungültig ist,

420 QUELLE

24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

5. die Wahlbekanntmachung hat ergänzend zu § 31 Absatz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung den Tag zu bezeichnen, bis zu dem eine Stimme per Online-Wahl abgegeben sein muss,
6. der Stimmzettel für die Stimmabgabe per Online-Wahl muss dem Stimmzettel nach § 41 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung im Hinblick auf Darstellung und Inhalt entsprechen,
7. die Wahlunterlagen müssen zusätzlich Folgendes enthalten:
 - a) eine Beschreibung des Verfahrens für die Stimmabgabe per Online-Wahl einschließlich der für die Authentisierung des Wahlberechtigten zu verwendenden Authentisierungsmittel und der technischen Mechanismen, mit Hilfe derer sich der Wahlberechtigte von der Authentizität der Wahlplattform überzeugen kann, sowie
 - b) den Hinweis, dass eine Stimmabgabe nur einmal erfolgen kann und dass bei doppelt abgegebener Stimme sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl die per Briefwahl abgegebene Stimme ungültig ist,
8. der Wahlberechtigte, der seine Stimme per Online-Wahl abgibt, hat
 - a) die für den Zugang zur Wahlplattform erforderliche Authentisierung unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Authentisierungsmittel durchzuführen,
 - b) den elektronischen Stimmzettel persönlich zu kennzeichnen,
 - c) den Wahlvorgang durch Versenden des elektronischen Stimmzettels innerhalb der Wahlplattform abzuschließen und
 - d) keine weitere Stimme per Briefwahl abzugeben,
9. die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass eine Stimmabgabe per Online-Wahl barrierefrei durchgeführt werden kann,
10. ergänzend zu der Prüfung nach § 45 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung hat der Wahlausschuss zu ermitteln, ob durch Wahlberechtigte eine doppelte Stimmabgabe sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl erfolgt ist,
11. eine Stimmabgabe per Online-Wahl ist ungültig, wenn sie zu spät erfolgt, keine Kennzeichnung auf dem elektronischen Stimmzettel erfolgt ist oder die Kennzeichnung den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lässt.

(4) Bei Krankenkassen, die eine Stimmabgabe per Online-Wahl ermöglichen, beginnt die Ermittlung des Wahlergebnisses erst nach dem Wahltag. Die Wahlleitungen ermitteln unverzüglich getrennt nach Wählergruppen sowie jeweils für die Stimmabgabe per Briefwahl und die Stimmabgabe per Online-Wahl, wie viele Stimmen für die einzelnen Vorschlagslisten abgegeben worden sind. Die Auswertung der per Online-Wahl abgegebenen Stimmen muss vor der Auswertung der per Briefwahl abgegebenen Stimmen vorgenommen werden. Bei der Ermittlung der abgegebenen Stimmen ist über deren Gültigkeit zu entscheiden. Auf den Stimmzetteln der ungültigen per Briefwahl abgegebenen Stimmen ist der Grund der Ungültigkeit zu vermerken. Ungültige per Online-Wahl abgegebene Stimmen sind im Wahlergebnis jeweils mit dem Grund der Ungültigkeit auszuweisen.⁴²¹

§ 194c Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung bis zum 30. September 2020 die technischen und organisatorischen Vorgaben für die Durchführung der Online-Wahl im Rahmen des Modellprojektes nach § 194a im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu regeln. In der Verordnung ist Folgendes festzulegen:

1. die technischen Vorgaben einschließlich der Vorgaben für die Erstellung und Umsetzung eines angemessenen Informationssicherheitskonzeptes nach dem IT-Grundschutz des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik,

421 QUELLE

24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.

2. die Vorgaben für die Erstellung und Umsetzung eines gemäß dem IT-Grundschutz des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik angemessenen Notfallkonzeptes, das sowohl die Notfallvorsorge als auch die Notfallbewältigung einschließt,
3. die Vorgaben für die sichere Wahlvorbereitung und Wahldurchführung einschließlich Stimmauszählung, für die Überwachung der Wahlplattform und für die sichere Archivierung der Wahldurchführungs- und Ergebnisdaten,
4. die notwendigen Dokumentations-, Test-, Übungs-, Freigabe- und Zertifizierungsmaßnahmen,
5. geeignete Verfahren für die Authentisierung des Wahlberechtigten gegenüber der Wahlplattform mittels geeigneter Authentisierungsmittel und die Authentifizierung des Wahlberechtigten durch die Wahlplattform,
6. informationstechnische Anforderungen an die Nachvollziehbarkeit der Stimmauswertung zur Herstellung einer im Rahmen der technischen Möglichkeiten möglichst weitgehenden Transparenz bei der Wahlauswertung und
7. die Vorgaben für Kommunikations- und Meldewege, insbesondere bei Sicherheitsvorfällen.

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist bei der Erstellung und Prüfung der Umsetzung der Vorgaben angemessen zu beteiligen.

(2) Die Festlegung der Vorgaben, Maßnahmen und Verfahren nach Absatz 1 erfolgt auf der Grundlage der vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstellten (Technischen) Richtlinien und sonstigen Sicherheitsanforderungen für Online-Wahlen und Online-Wahlprodukte. Darüber hinausgehende Sicherheitsanforderungen für Online-Wahlen im Rahmen der Sozialversicherungswahlen werden vom Bundesministerium für Gesundheit insbesondere unter Berücksichtigung des konkreten Sicherheitsrisikos und einer auf der Grundlage des BSI-Standards 200-3 erstellten Risikoanalyse im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik entwickelt und in der Rechtsverordnung festgelegt.⁴²²

§ 194d Evaluierung

(1) Das Modellprojekt nach § 194a wird durch das Bundesministerium für Gesundheit wissenschaftlich begleitet und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales evaluiert. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. die Zahl der bei der jeweiligen Krankenkasse per Online-Wahl und per Briefwahl abgegebenen Stimmen,
2. die Anzahl von doppelten Stimmabgaben sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl,
3. die Zahl der Versuche von manipulativen Angriffen auf die Sicherheitsarchitektur und deren Manipulationsresistenz,
4. die Möglichkeit, durch das gewählte Verfahren eine möglichst weitgehende Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Wahlauswertung und damit Transparenz in der Öffentlichkeit zu erreichen sowie
5. die Systemverfügbarkeit im Wahlzeitraum.

(2) Die für die Stimmabgabe per Online-Wahl eingesetzte Software hat eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung zu ermöglichen. Dies schließt Sicherheits- und Datenschutzaspekte ein. Die Krankenkassen haben dem Bundesministerium für Gesundheit die für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung notwendigen Informationen und Daten zur Verfügung zu stellen.⁴²³

§ 195 Genehmigung der Satzung

422 QUELLE
24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.

423 QUELLE
24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) Ergibt sich nachträglich, daß eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, kann die Aufsichtsbehörde anordnen, daß die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist die erforderliche Änderung vornimmt. Kommt die Krankenkasse der Anordnung nicht innerhalb dieser Frist nach, kann die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung anstelle der Krankenkasse selbst vornehmen. Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.⁴²⁴

§ 196 Einsichtnahme in die Satzung

(1) Die geltende Satzung kann in den Geschäftsräumen der Krankenkasse während der üblichen Geschäftsstunden eingesehen werden.

(2) Jedes Mitglied erhält unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung, über Beitrittsrechte sowie die von der Krankenkasse zu gewährenden Leistungen und über die Beiträge.

§ 197 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
 - 1a. den Vorstand zu überwachen,
 - 1b. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen und
6. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(2) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(3) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden.⁴²⁵

§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Fi-

424 ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

425 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 122 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Vertreterversammlung“.

Artikel 1 Nr. 122 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat „Die Vertreterversammlung“ durch „Der Verwaltungsrat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 122 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 1a und 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 122 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Nr. 3 „und des Geschäftsführers“ nach „Vorstands“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 122 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 eingefügt.

nanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und
5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie

der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.⁴²⁶

§ 197b Aufgabenerledigung durch Dritte

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.⁴²⁷

Vierter Abschnitt Meldungen

§ 198 Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte

426 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 137 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 141 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 64a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „ , erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ nach „Jahren“ gestrichen.

04.06.2016.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ nach „Aufsichtsbehörde“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3b eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3a Satz 1 „weitergegeben oder“ nach „sie“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „und nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

427 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 142 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

Der Arbeitgeber hat die versicherungspflichtig Beschäftigten nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches an die zuständige Krankenkasse zu melden.

§ 199 Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

(1) Unständig Beschäftigte haben der nach § 179 Abs. 1 zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der berufsmäßigen Ausübung von unständigen Beschäftigungen unverzüglich zu melden. Der Arbeitgeber hat die unständig Beschäftigten auf ihre Meldepflicht hinzuweisen.

(2) Gesamtbetriebe, in denen regelmäßig unständig Beschäftigte beschäftigt werden, haben die sich aus diesem Buch ergebenden Pflichten der Arbeitgeber zu übernehmen. Welche Einrichtungen als Gesamtbetriebe gelten, richtet sich nach Landesrecht.

§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

(1) Die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie die Stiftung für Hochschulzulassung haben Studienbewerber und Studenten über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Befreiungsmöglichkeiten und das zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses einzuhaltende Verfahren in geeigneter Form zu informieren. Inhalt und Ausgestaltung dieser Informationen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.

(2) Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet. Die Meldung enthält neben dem Versichertenstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Anschrift und Geburtsdatum des Studieninteressierten sowie dessen Krankenversicherungsnummer, soweit diese zum Zeitpunkt der Meldung vorliegt und für das weitere Verfahren erforderlich ist. Für die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:

1. für einen bereits bei einer Krankenkasse Versicherten die Krankenkasse, bei der er versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird,
2. für einen nach § 6 versicherungsfreien oder für einen nicht versicherungspflichtigen Studenten die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestand,
3. für einen Studenten, der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 von der Versicherungspflicht befreit worden ist, die Krankenkasse, die die Befreiung vorgenommen hat,
4. im Übrigen eine der Krankenkassen, die bei Versicherungspflicht gewählt werden könnte.

(3) Ist der Student gesetzlich versichert, meldet die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule der zuständigen Krankenkasse unverzüglich

1. nach Eingang der Meldung der Krankenkasse zum Versicherungsstatus das Datum der Einschreibung des Studenten und den Beginn des Semesters,
2. den Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wurde oder das der Aufnahme eines Promotionsstudiums bei fortgesetzter Einschreibung unmittelbar vorangeht, sowie das Datum der Exmatrikulation, wenn die Exmatrikulation vor dem Ende des Semesters erfolgt.

(4) Bei einem Krankenkassenwechsel eines Studenten meldet die gewählte Krankenkasse der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse. Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung und den Beginn des Semesters.

(5) Bei versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 hat die Krankenkasse den Hochschulen darüber hinaus unverzüglich zu melden:

1. den Verzug mit der Zahlung der Beiträge und
2. die Begleichung der rückständigen Beiträge.

(5a) Im Rahmen der Meldungen nach den Absätzen 3 bis 5 werden Angaben über Name, Anschrift, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Studenten zwischen der Krankenkasse und der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule übertragen, sofern diese zur Identifizierung des Studenten erforderlich sind.

(6) Die Meldungen der Hochschulen nach den Absätzen 2 bis 4 sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Zur Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren haben die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eine Absendernummer nach § 18n des Vierten Buches beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen. Die gesonderte Absendernummer und alle Angaben, die zur Vergabe der Absendernummer notwendig sind, werden in einer elektronischen Hochschuldatei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Die Krankenkassen dürfen die Hochschuldatei und deren Inhalte verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

(7) Das Nähere zu den Datensätzen, den Verfahren und die zu übermittelnden Daten für die Anträge und Meldungen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hochschulrektorenkonferenz in Gemeinsamen Grundsätzen. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Die Gemeinsamen Grundsätze bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, das vorher den Verband der Privaten Hochschulen e. V. anzuhören hat.⁴²⁸

§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

(1) Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

1. für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder in Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind, der Träger dieser Einrichtung,
2. für Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, der zuständige Rehabilitationsträger,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, der zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichtete.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben ihrer Ausbildungsstätte eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen, in der anzugeben ist, ob sie als Auszubildende gesetzlich versichert oder versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsbescheinigung ist in Textform aus-

428 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 51 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 3 „Krankenversicherungsnummer“ durch „Krankenversicherungsnummer“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 4 „die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und“ nach „Für“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 1 „oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2“ nach „Versicherungsstatus“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Nimmt die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule noch nicht an der Datenübertragung teil, tritt an die Stelle der maschinellen Meldungen nach den Absätzen 2 bis 5 eine Meldung in Textform.“

Artikel 2 Nr. 4 desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „sowie Bescheinigungen“ nach „Meldungen“ gestrichen.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 2 Satz 3 „Geschlecht,“ nach „Name,“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „ , , sowie das Datum der Exmatrikulation, wenn die Exmatrikulation vor dem Ende des Semesters erfolgt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

zustellen. Die für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung zuständige Krankenkasse ergibt sich in entsprechender Anwendung von § 199a Absatz 2 Satz 4.

(3) Die Ausbildungsstätten von versicherungspflichtigen Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben der zuständigen Krankenkasse den Beginn der Ausbildung in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz sowie das Ende der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen. Das Weitere zu Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilung legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.⁴²⁹

§ 201 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(3) Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrags,
3. bei Ablehnung des Rentenantrags den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente sowie
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

429 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 2 Satz 2 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

19.05.1995.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat in Abs. 2 Satz 1 „versicherungspflichtige“ nach „haben“ durch „versicherte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 30 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 30 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 2 durch Abs. 2 und 3 ersetzt. Abs. 2 lautete:

„(2) Die staatlichen und die staatlich anerkannten Hochschulen haben versicherte Studenten, die Ausbildungsstätten versicherungspflichtige Praktikanten und zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte der zuständigen Krankenkasse zu melden. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren.“

(5) Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

(6) Die Meldungen sind auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung.⁴³⁰

§ 202 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

(1) Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und diesen Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung sowie in den Fällen von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz deren Vorliegen unverzüglich mitzuteilen; in der Mitteilung ist auch anzugeben, ob der Versorgungsempfänger nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer Leistungen aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat. Im Falle eines Versorgungsbezuges nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 hat die Zahlstelle zusätzlich anzugeben, ob es sich um eine den Waisenrenten gemäß § 48 des Sechsten Buches entsprechende Leistung nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte, aus einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis gemäß § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b handelt. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versor-

430 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 11 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 4 Nr. 4 „Ruhe“ durch „sonstige Nichtleistung“ ersetzt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene nach § 184 Abs. 3, 4 oder 5 eine andere Krankenkasse, hat die Krankenkasse, die die Erklärung entgegennimmt, dies der bisher zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 18 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 6 Satz 2 „dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger“ durch „der Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 4 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 6 Satz 3 „Sozialordnung“ durch „Soziales“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 4 Nr. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 64b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 3 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 1995 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere über das Verfahren.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Nr. 1a in Abs. 4 aufgehoben. Nr. 1a lautete:

„1a. die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Krankenkasse diese Bezugsdaten für die Prüfung einer Anspruchsberechtigung nach § 242b anfordert,“

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 6 Satz 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

gungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von Versorgungsbezügen und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, deren Umfang mitzuteilen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle im Falle des Mehrfachbezugs von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz zusätzlich mitzuteilen, ob und in welcher Höhe der Freibetrag nach § 226 Absatz 2 Satz 2 anzuwenden ist.

(1a) Die Zahlstelle hat ab dem 1. Juli 2025 bei Beginn eines in der sozialen Pflegeversicherung beitragspflichtigen Versorgungsbezuges eine Meldung im Sinne des § 55a Absatz 3 des Elften Buches über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes an das Bundeszentralamt für Steuern zu richten. Bei Ende des beitragspflichtigen Versorgungsbezuges hat sie eine Meldung nach § 55a Absatz 6 des Elften Buches zu erstatten. Bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen hat die Meldung innerhalb von sieben Tagen nach Eingang der Meldung der Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 5 zu erfolgen. Die Meldung zur Beendigung des Versorgungsbezuges ist zeitgleich mit der Meldung nach Absatz 1 Satz 1 zu erstatten. Bei Beendigung der Beitragsabführungspflicht während des Versorgungsbezuges ist eine Abmeldung innerhalb von sechs Wochen vorzunehmen. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:

1. das Geburtsdatum des Versorgungsbeziehers,
2. die steuerliche Identifikationsnummer des Versorgungsbeziehers nach § 139b der Abgabenordnung,
3. der Tag des Beginns oder des Endes des Versorgungsbezuges,
4. die Zahlstellenummer der Zahlstelle.

Bei Meldung des Beginns eines Versorgungsbezuges hat das Bundeszentralamt für Steuern über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes der Zahlstelle unverzüglich die auf den Tag des Beginns des Versorgungsbezuges bezogenen erforderlichen Daten zum Nachweis der Elterneigenschaft sowie zur Ermittlung der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nach Maßgabe des § 55a Absatz 4 Satz 1 und 2 des Elften Buches zu übermitteln. Änderungen bei der Elterneigenschaft oder der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder während eines laufenden Versorgungsbezuges werden der Zahlstelle nach Maßgabe des § 55a Absatz 5 des Elften Buches mitgeteilt.

(2) Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Die Krankenkasse hat nach inhaltlicher Prüfung alle fehlerfreien Angaben elektronisch zu verarbeiten. Alle Rückmeldungen der Krankenkasse an die Zahlstelle erfolgen arbeitstäglich durch Datenübertragung. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(3) Die Zahlstellen haben für die Durchführung der Meldeverfahren nach diesem Gesetzbuch eine Zahlstellenummer beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen elektronisch zu beantragen. Die Zahlstellenummern und alle Angaben, die zur Vergabe der Zahlstellenummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gespeichert. Die Sozialversicherungsträger, ihre Verbände und ihre Arbeitsgemeinschaften, die Künstlersozialkasse, die Behörden der Zollverwaltung, soweit die Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes oder nach § 66 des Zehnten Buches wahrnehmen, sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden und die Arbeitgeber dürfen die ihnen von den Zahlstellen zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Buch übermittelten Zahlstellenummern verarbeiten, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Andere Behörden, Gerichte oder Dritte dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, sofern sie nach anderen gesetzlichen Vorschriften zu deren Erhebung befugt sind und soweit dies für die Erfüllung einer

gesetzlichen Aufgabe einer der in Satz 3 genannten Stellen erforderlich ist. Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellenummer regeln die Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4.⁴³¹

§ 202a Bestandsabfrage zur Erhebung der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nach § 55 Absatz 3 des Elften Buches

Die Zahlstellen müssen ab dem 1. Juli 2025 für die in der sozialen Pflegeversicherung bereits vor diesem Zeitpunkt versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher eine Meldung entsprechend § 202 Absatz 1a erstatten, soweit eine Beitragsabführungspflicht besteht. Die Meldung hat spätestens bis

431 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Satz 4 „ , deren Umfang“ nach „Versorgungsempfängers“ eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 5 Nr. 10 lit. b des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat Abs. 2 und 3 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 5 Nr. 10 lit. c des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 2 Satz 1 „kann“ durch „hat“ ersetzt.

01.07.2015.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1 durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers, deren Umfang und den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Übermittelt die Zahlstelle die Meldungen nach Absatz 2, so hat die Krankenkasse alle Angaben gegenüber der Zahlstelle durch Datenübertragung zu erstatten. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 1 „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b“ nach „eines Versorgungsempfängers“ und „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung“ nach „Versorgungsbezüge“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und deren Umfang mitzuteilen.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 24 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 1 „zu“ nach „Ausfüllhilfen“ eingefügt.

Artikel 123 Nr. 24 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „übernehmen, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 24 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „ihnen von den Zahlstellen zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Buch übermittelten“ nach „dürfen die“ eingefügt und „nutzen und übermitteln,“ nach „verarbeiten,“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 24 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Andere Behörden, Gerichte oder Dritte dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, nutzen oder übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe einer der in Satz 3 genannten Stellen erforderlich ist.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie in den Fällen von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz deren Vorliegen“ nach „Antragstellung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 6a lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 1 Satz 1 „ ; in der Mitteilung ist auch anzugeben, ob der Versorgungsempfänger nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer Leistungen aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

28.03.2024.—Artikel 33 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. I Nr. 108) hat Abs. 1a eingefügt.

zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen. Bei Zahlstellen, die im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 sich weder die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder nach § 55 Absatz 3a Satz 1 haben nachweisen lassen noch an dem Nachweisverfahren nach § 55 Absatz 3d Satz 2 des Elften Buches teilgenommen haben, erstreckt sich die Meldung auf den gesamten genannten Zeitraum.⁴³²

§ 203 Meldepflichten bei Leistung von Mutterschaftsgeld, Elterngeld oder Erziehungsgeld

(1) Die zuständige Krankenkasse übermittelt der nach § 12 Absatz 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes zuständigen Behörde unverzüglich auf deren Aufforderung hin Angaben zum Zeitraum und zur Höhe des bewilligten Mutterschaftsgeldes oder die Auskunft, dass kein Mutterschaftsgeld bewilligt wurde, wenn

1. die Mutter Elterngeld für den Zeitpunkt ab der Geburt des Kindes beantragt hat sowie in diese Datenübermittlung gegenüber der für die Antragsbearbeitung zuständigen Behörde eingewilligt hat und
2. die zuständige Krankenkasse über die nach Nummer 1 erteilte Einwilligung im Rahmen der Aufforderung zur Datenübermittlung informiert wird.

(2) (weggefallen)

(3) Die Aufforderung nach Absatz 1 einschließlich der Information über die Erteilung der Einwilligung und die Übermittlung der Daten nach Absatz 1 oder Absatz 2 müssen elektronisch durch eine gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Grundsätzen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bedürfen, fest:

1. den Übertragungsweg und
2. die Einzelheiten des Übertragungsverfahrens, wie den Aufbau der Datensätze für
 - a) die elektronischen Aufforderungen einschließlich der elektronischen Information über die Erteilung der Einwilligung durch die nach § 12 Absatz 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes zuständigen Behörden nach Absatz 1,
 - b) die elektronischen Übermittlungen der Krankenkassen nach Absatz 1 und
 - c) die elektronischen Übermittlungen der nach § 12 Absatz 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes zuständigen Behörden oder der nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Behörden nach Absatz 2.⁴³³

432 QUELLE

28.03.2024.—Artikel 33 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. I Nr. 108) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.07.2026.—Artikel 35 Abs. 10 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. I Nr. 108) hat die Vorschrift aufgehoben.

433 ÄNDERUNGEN

01.01.2007.—Artikel 2 Abs. 19 Nr. 4 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld“.

Artikel 2 Abs. 19 Nr. 5 desselben Gesetzes hat jeweils „oder Elterngeldes“ nach „Erziehungsgeldes“ eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2668) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 203 Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld oder Elterngeld

Die Zahlstelle des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes hat der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes unverzüglich mitzuteilen.“

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Abs. 1 und 2 durch Abs. 1 ersetzt. Abs. 1 und 2 lauteten:

§ 203a Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Bürgergeld oder Unterhaltsgeld

Die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger erstatten die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c des Vierten Buches.⁴³⁴

§ 204 Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung oder einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 des Wehrpflichtgesetzes hat das Bundesministerium der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. An die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.⁴³⁵

„(1) Die zuständige Krankenkasse übermittelt der nach § 12 Absatz 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes zuständigen Behörde unverzüglich auf deren Aufforderung hin die Angaben zum Zeitraum und zur Höhe des bewilligten Mutterschaftsgeldes, wenn

1. die Empfängerin des Mutterschaftsgeldes Elterngeld für den Zeitpunkt ab der Geburt des Kindes beantragt hat sowie in diese Datenübermittlung gegenüber der für die Antragsbearbeitung zuständigen Behörde eingewilligt hat und
2. die zuständige Krankenkasse über die nach Nummer 1 erteilte Einwilligung im Rahmen der Aufforderung zur Datenübermittlung informiert wird.

(2) Die nach § 12 Absatz 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes oder die nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Behörden haben der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Elterngeldes oder des Erziehungsgeldes unverzüglich zu übermitteln.“

434 QUELLE

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat „Arbeitsämter“ durch „Agenturen für Arbeit“ ersetzt.

06.08.2004.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 2014) hat „oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger“ nach „Arbeit“ eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in der Überschrift „Arbeitslosenhilfe“ durch „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat „und Nr. 2a“ nach „Nr. 2“ eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld“.

435 ÄNDERUNGEN

29.07.1995.—Artikel 18 Nr. 3 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder einer Dienstleistung oder Übung nach den §§ 51 und 54 Abs. 5 des Soldatengesetzes“ nach „Wehrübung“ eingefügt.

24.12.2000.—Artikel 14 des Gesetzes vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 51a und 54 Abs. 5“ durch „§§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a und f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 2 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ und in Abs. 2 Satz 2 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat in Abs. 1 Satz 1 „das Arbeitsamt“ durch „die Agentur für Arbeit“ ersetzt.

§ 205 Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 206 Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

Siebttes Kapitel Verbände der Krankenkassen

§ 207 Bildung und Vereinigung von Landesverbänden

- (1) In jedem Land bilden
die Ortskrankenkassen einen Landesverband der Ortskrankenkassen,
die Betriebskrankenkassen einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,
die Innungskrankenkassen einen Landesverband der Innungskrankenkassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen gehören mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. Andere Krankenkassen können den Landesverbänden beitreten.

(2) Bestehen in einem Land am 1. Januar 1989 mehrere Landesverbände, bestehen diese fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Satz 1 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(2a) Vereinigen sich in einem Land alle Mitglieder eines Landesverbandes oder werden alle Mitglieder eines Landesverbandes durch die Landesregierung zu einer Krankenkasse vereinigt, tritt diese Krankenkasse in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes ein.

(3) Länderübergreifende Landesverbände bestehen fort, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden in den betroffenen Ländern ihre Zustimmung bis zum 31. Dezember 1989 versagt. Jede dieser obersten Verwaltungsbehörden der Länder kann

30.04.2005.—Artikel 20 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 1 Satz 1 „von länger als drei Tagen“ nach „Wehrdienst“ gestrichen und „den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ durch „dem Vierten Abschnitt“ ersetzt.

Artikel 20 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Nr. 2 und 4“ durch „Nr. 6“ ersetzt.

ihre Zustimmung unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Wird die Zustimmung versagt oder widerrufen, regeln die beteiligten Länder die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen einvernehmlich.

(4) Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

(4a) Besteht in einem Land für eine Kassenart kein Landesverband, nimmt ein anderer Landesverband dieser Kassenart mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Aufgabe eines Landesverbandes in diesem Land wahr. Kommt eine Einigung der Beteiligten nicht innerhalb von drei Monaten nach Wegfall des Landesverbandes zustande, nimmt der Bundesverband der Kassenart diese Aufgabe wahr.

(5) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Landesverbände der gleichen Krankenkassenart zu einem Verband zusammenschließen. Das gilt auch, wenn die Landesverbände ihren Sitz in verschiedenen Ländern haben.⁴³⁶

§ 208 Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) Die Landesverbände unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) Für die Aufsicht gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und 3. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend.⁴³⁷

§ 209 Verwaltungsrat der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat nach näherer Bestimmung der Satzungen gebildet. Der Verwaltungsrat hat höchstens 30 Mitglieder. In dem Verwaltungsrat müssen, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein.

(2) Der Verwaltungsrat setzt sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. § 44 Abs. 4 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden von dem Verwaltungsrat der Mitgliedskassen aus dessen Reihen gewählt.

436 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 123 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 11a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 1 Satz 3 „vorbehaltlich des § 212 Abs. 1 Satz 2“ durch „mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes“ ersetzt.

437 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 124 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in der Überschrift „Geschäftsführer,“ nach „Vermögen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 124 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „und für den Geschäftsführer § 31 Abs. 1 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 und § 37 Abs. 2“ nach „und 85“ gestrichen.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 19 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 Satz 2 „und 5“ durch „und 3“ ersetzt. Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) hat diese Änderung zurückgenommen.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 2 Satz 2 „und 85 des Vierten Buches“ durch „bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.

(4) Für den Verwaltungsrat gilt § 197 entsprechend. § 33 Absatz 3, § 37 Absatz 1, die §§ 40, 41, 42 Absatz 1 bis 3, § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Absatz 1, 3 und 4, § 64 Absatz 3 und die §§ 64a und 66 Absatz 1 des Vierten Buches gelten entsprechend.⁴³⁸

§ 209a Vorstand bei den Landesverbänden

Bei den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Er besteht aus höchstens drei Personen. § 35a Abs. 1 bis 3 und 5 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.⁴³⁹

§ 210 Satzung der Landesverbände

(1) Jeder Landesverband hat durch seinen Verwaltungsrat eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes,
2. Zahl und Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrats und ihrer Vertreter,
3. Entschädigungen für Organmitglieder,
4. Öffentlichkeit des Verwaltungsrats,
5. Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
6. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. Art der Bekanntmachungen.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

438 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 12 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 36 Abs. 1“ durch „§ 36 Abs. 1, 5 und 6“ ersetzt und „sowie § 15 Abs. 6 und 7 des Selbstverwaltungsgesetzes“ nach „Buches“ gestrichen.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 125 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 209 Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen werden als Selbstverwaltungsorgane je eine Vertreterversammlung und ein Vorstand nach näherer Bestimmung ihrer Satzungen gebildet. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände müssen alle Mitgliedskassen vertreten sein. Umfaßt der Landesverband mehr als fünfzig Mitgliedskassen, kann die Satzung Abweichendes bestimmen.

(2) Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. Die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane muß in einem angemessenen Verhältnis zur Mitgliederzahl und den Aufgaben der Landesverbände stehen.

(3) Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen aus deren Reihen gewählt.

(4) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Geschäftsführer und die gewählten Stellvertreter der Geschäftsführer gilt § 197 Nr. 5 und 6 entsprechend. § 33 Abs. 1 und 2, § 35 Abs. 1 und 2, § 36 Abs. 1, 5 und 6, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3 und 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 14a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 33 Abs. 3, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

439 QUELLE

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 126 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

(2) Die Satzung muß ferner Bestimmungen darüber enthalten, daß die von den Bundesverbänden abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92, und § 283 Absatz 2 für die Landesverbände und ihre Mitgliedschaftskassen verbindlich sind.⁴⁴⁰

§ 211 Aufgaben der Landesverbände

(1) Die Landesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Landesverbände unterstützen die Mitgliedschaftskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,
2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von der Mitgliedschaftskasse hierzu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung der Mitgliedschaftskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
5. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedschaftskassen,
6. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedschaftskassen Beschäftigten,
7. Arbeitstagungen,
8. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren in Abstimmung mit den Mitgliedschaftskassen.

(3) Die Landesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches ist entsprechend anzuwenden.

(4) Die für die Finanzierung der Aufgaben eines Landesverbandes erforderlichen Mittel werden von seinen Mitgliedschaftskassen sowie von den Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes aufgebracht. Die mitgliedschaftsrechtliche Zuordnung der Krankenkassen nach § 207 Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. Das Nähere zur Aufbringung der Mittel nach Satz 1 vereinbaren die Landesverbände. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 1. November eines Jahres zustande, wird der Inhalt der Vereinbarung durch eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson festgelegt.⁴⁴¹

§ 211a Entscheidungen auf Landesebene

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine

440 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 127 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „seine Vertreterversammlung“ durch „seinen Verwaltungsrat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 127 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 „der Selbstverwaltungsorgane“ durch „des Verwaltungsrats“ und in Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 „der Vertreterversammlung“ durch „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 63 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 „§§ 92, 135 Abs. 3“ durch „§§ 92, 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „den Bundesverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und „§§ 92, 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1“ durch „§§ 92,“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 „§ 282“ durch „§ 283 Absatz 2“ ersetzt.

441 ÄNDERUNGEN

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 3 „; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches ist entsprechend anzuwenden“ am Ende eingefügt.

17.10.2008.—Artikel 1 Nr. 11b des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 4 eingefügt.

Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM6 seiner Kassenart zu gewichten ist. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen.⁴⁴²

§ 212 Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Verbände der Ersatzkassen

(1) Die nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände werden kraft Gesetzes zum 1. Januar 2009 in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelt. Gesellschafter der Gesellschaften sind die am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder des jeweiligen Bundesverbandes. Die Gesellschaften sind bis zum 31. Dezember 2012 verpflichtet, den bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden unbefristet tätigen Angestellten ein neues Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. So lange sind betriebsbedingte Kündigungen unzulässig. Nach dem 31. Dezember 2012 steht es den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. Soweit sich aus den folgenden Vorschriften nichts anderes ergibt, finden die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Gesellschaft bürgerlichen Rechts Anwendung. Der Gesellschaft nach Satz 1 können Krankenkassen der jeweiligen Kassenart beitreten.

(2) (weggefallen)

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Aufgaben eines Landesverbands wahr.

(4) Die Gesellschaften nach Absatz 1 sind Rechtsnachfolger der nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände. Zweck der Gesellschaft ist die Erfüllung ihrer sich nach § 214 ergebenden oder zusätzlich vertraglich vereinbarten Aufgaben. Bis zum Abschluss eines Gesellschaftsvertrages gelten die zur Erreichung des Gesellschaftszwecks erforderlichen Pflichten und Rechte als vereinbart. Das Betriebsverfassungsgesetz findet Anwendung.

(5) Die Ersatzkassen können sich zu Verbänden zusammenschließen. Die Verbände haben in der Satzung ihre Zwecke und Aufgaben festzusetzen. Die Satzungen bedürfen der Genehmigung, der Antrag auf Eintragung in das Vereinsregister der Einwilligung der Aufsichtsbehörde. Die Ersatzkassen haben für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. Ersatzkassen können sich auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen. Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen. In den Fällen der Sätze 5 und 6 können die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen als Bevollmächtigte benennen. Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. Können sich die Ersatzkassen in den Fällen der Sätze 6 und 8 nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter. Soweit für die Aufgabenerfüllung der Erlass von Verwaltungsakten notwendig ist, haben im Falle der Bevollmächtigung die Verbände der Ersatzkassen hierzu die Befugnis.

(6) Absatz 5 Satz 6, 8 und 9 gilt für die Krankenkassen der anderen Kassenarten entsprechend. Besteht in einem Land ein Landesverband, gilt abweichend von Satz 1 der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Aufgaben eines Landesverbandes von einer Krankenkasse oder einem anderen Landesverband nach § 207 wahrgenommen werden. Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände, gelten diese in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte.⁴⁴³

442 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 143a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

443 ÄNDERUNGEN

§ 213 Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse

(1) Das den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden zustehende Vermögen wandelt sich in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts um. Für die Arbeitsverhältnisse findet § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend Anwendung. Für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. Bei Auflösung eines Verbandes der Ersatzkassen oder des Austritts eines Mitglieds aus einem Verband der Ersatzkassen haften die Vereinsmitglieder für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung zeitlich unbeschränkt. Die bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden tätigen Angestellten, für die die Dienstordnung gilt, werden unter Wahrung ihrer Rechtsstellung und Fortgeltung der jeweiligen Dienstordnungen bei den Gesellschaften beschäftigt. § 168 Absatz 1 und 2 gilt entsprechend. Angestellte, für die die Dienstordnung gilt, haben einen Anspruch auf Anstellung bei einem Landesverband ihrer Wahl; der Landesverband muss zuvor Mitglied des Bundesverbandes nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gewesen sein, bei dem der Dienstordnungsangestellte angestellt war. Der Landesverband oder die Krankenkasse, der oder die einen Dienstordnungsangestellten oder einen übrigen Beschäftigten anstellt, dessen Arbeitsplatz bei einem der bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbände oder bei einer der in Satz 1 genannten Gesellschaften bürgerlichen Rechts weggefallen ist, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände oder Krankenkassen der Kassenart. Für die Vergütungs- und Versorgungsansprüche haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. Die Sätze 6 bis 9 gelten auch für die Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen.

(2) Die in den Bundesverbänden bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Personalräte nehmen ab dem 1. Januar 2009 die Aufgaben eines Betriebsrates mit dessen Rechten und Pflichten nach dem

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 128 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 138 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 5 Satz 5 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in der Überschrift „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt. Artikel 6 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 144 lit. e des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 5 durch die Sätze 4 bis 10 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Ersatzkassen und ihre Verbände haben für alle auf der Landesebene abzuschließenden Verträge einen Bevollmächtigten mit Abschlußbefugnis zu benennen. § 35a Abs. 6 Satz 2 bis 4 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 144 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) und Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) haben Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bilden jeweils einen Bundesverband. Dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gehören außerdem die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes an.“

Artikel 1 Nr. 144 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden bei dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.“

Artikel 1 Nr. 144 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „eines Bundesverbands und“ nach „Aufgaben“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 144 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 65 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 6 eingefügt.

Betriebsverfassungsgesetz übergangsweise wahr. Das Übergangsmandat endet, sobald ein Betriebsrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben ist; es besteht längstens bis zum 31. Mai 2010.

(3) Die in den Bundesverbänden am 31. Dezember 2008 jeweils bestehenden Dienstvereinbarungen gelten in den Gesellschaften des bürgerlichen Rechts als Betriebsvereinbarungen für längstens 24 Monate fort, soweit sie nicht durch andere Regelungen ersetzt werden.

(4) Auf die bis zum 31. Dezember 2008 förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren im Bereich der Bundesverbände finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Bundespersonalvertretungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Dies gilt auch für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Verwaltungsgerichten. In den Fällen der Sätze 1 und 2 tritt in diesen Verfahren an die Stelle der Personalvertretung die nach dem Betriebsverfassungsgesetz zuständige Arbeitnehmervertretung.

(5) Bei der Fusion von Landesverbänden wird die Gesellschaft mit dem Rechtsnachfolger des fusionierten Landesverbandes fortgeführt.

(6) Der Spitzenverband Bund soll den Beschäftigten der nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände sowie den Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen eine Anstellung anbieten, soweit dies für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund erforderlich ist. Einer vorherigen Ausschreibung bedarf es nicht.⁴⁴⁴

444 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 3 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ jeweils durch „Gesundheit“ ersetzt und „dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und“ nach „mit“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Bundesarbeitsblatt“ durch „Bundesanzeiger“ ersetzt.

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat in Abs. 3 Satz 1 „; einer Fristsetzung bedarf es nicht, soweit die Spitzenverbände die Festbeträge für die in § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 genannten Arzneimittel nicht bis zum 30. Juni 1989 festgelegt haben“ am Ende gestrichen.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 4 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 3 Satz 1 „vom Bundesminister“ durch „vom Bundesministerium“, „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ und „Bundesminister für Wirtschaft“ durch „Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 4 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ jeweils nach „Gesundheit“ eingefügt und „Technologie“ durch „Arbeit“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Bundesknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 5 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 1 „Arbeit“ durch „Technologie“ ersetzt und jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 145 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Spitzenverbände“.

Artikel 1 Nr. 145 desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 1 „ , die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse“ durch „und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „einschließlich der See-Krankenkasse“ nach „Ortskrankenkassen“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 145 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) und Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) haben Abs. 1 bis 4 durch Abs. 1 bis 5 ersetzt. Abs. 1 bis 4 lauteten:

„(1) Spitzenverbände der Krankenkassen sind die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen.“

§ 214 Aufgaben

Die Gesellschaft hat die Aufgabe, die Verpflichtungen auf Grund der Rechtsnachfolge oder aus Gesetz zu erfüllen. Die Gesellschafter können im Gesellschaftsvertrag weitere Aufgaben zur Unterstützung der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.⁴⁴⁵

§ 215⁴⁴⁶

(2) Die Spitzenverbände sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlußfassung durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen, zwei Vertreter der Ersatzkassen und je einen Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der in Satz 2 genannten Vertreter der Spitzenverbände. Das Verfahren zur Beschlußfassung regeln die Spitzenverbände in einer Geschäftsordnung.

(3) Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Die Entscheidung ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen.

(4) Die Spitzenverbände können Arbeitsgemeinschaften zur Abstimmung untereinander und zur wissenschaftlichen Unterstützung ihrer Mitglieder einrichten.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 13c des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 1 Satz 6 „§ 164 Abs. 2 und 3“ durch „§ 168 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

445 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a und f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 jeweils „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ und in Abs. 3 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 146 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 214 Aufsicht

(1) Die Bundesverbände unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 208 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Die Verbände der Ersatzkassen unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 208 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(3) Die Aufsicht über die Verbände der Ersatzkassen und den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann das Bundesministerium für Gesundheit dem Bundesversicherungsamt ganz oder teilweise übertragen.“

446 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 129 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Geschäftsführer und die gewählten Stellvertreter der Geschäftsführer der Bundesverbände gilt § 209 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 bis 4 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 129 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „der Selbstverwaltungsorgane“ durch „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 147 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 28 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

§ 216⁴⁴⁷

§ 217⁴⁴⁸

„§ 215 Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände

(1) Für den Verwaltungsrat und den Vorstand der Bundesebene gelten die §§ 209 und 209a entsprechend. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen. Vorstandsverträge, die nach dem 25. Oktober 2006 abgeschlossen oder verlängert werden, enden spätestens zum 31. Dezember 2008. Entsprechend verkürzt sich die Amtszeit.

(2) Bei der Bildung des Verwaltungsrats des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen sind Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes entsprechend ihrer Mitgliederzahl angemessen zu berücksichtigen.“

447 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 130 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „seine Vertreterversammlung“ durch „seinen Verwaltungsrat“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 148 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 216 Satzung der Bundesverbände

Jeder Bundesverband hat durch seinen Verwaltungsrat eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. § 210 Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

448 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 139 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 Satz 1 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 4 „; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches ist entsprechend anzuwenden“ am Ende eingefügt.

01.01.2006.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 Satz 1 „§ 83 Satz 1 und § 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1“ durch „§ 83 Satz 1, § 85 Abs. 2 Satz 1 und § 85b Abs. 2“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 148 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

§ 217 Aufgaben der Bundesverbände

(1) Die Bundesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Bundesverbände unterstützen die Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung, auch durch Zeitschriften,
2. Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
3. Abschluß von Verträgen für die Mitglieder und für die Krankenkassen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von den Mitgliedern hierzu bevollmächtigt sind,
4. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen ihren Mitgliedern sowie zwischen den Mitgliedskassen verschiedener Landesverbände,
5. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedern und bei den Krankenkassen Beschäftigten,
6. Arbeitstagungen,
7. Forschung,
8. Übernahme der Vertretung der Mitglieder und der Krankenkassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
9. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen.

(3) Die Bundesverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Grundentscheidungen zur Regelung der

1. Vergütungen, soweit dieses Buch nicht Abweichendes bestimmt,

§ 217a Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.⁴⁴⁹

§ 217b Organe

(1) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Ein Mitglied des Verwaltungsrates muss dem Verwaltungsrat, dem ehrenamtlichen Vorstand oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören. § 33 Abs. 3, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Absatz 1 bis 4 und 6, § 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Absatz 1 bis 3, § 64a und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend.

(1a) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Der Verwaltungsrat kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über Angelegenheiten der Körperschaften verlangen. Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. Die Rechte nach den Sätzen 1 und 2 können auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen im Verwaltungsrat geltend gemacht werden.

(1b) Der Verwaltungsrat hat seine Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. Er hat seine Sitzungen zu protokollieren. Der Verwaltungsrat kann ein Wortprotokoll verlangen. Abstimmungen erfolgen in der Regel nicht geheim. Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. Eine namentliche Abstimmung erfolgt über die in der Satzung nach § 217e Absatz 1 festzulegenden haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände.

(1c) Verpflichtet sich ein Mitglied des Verwaltungsrates außerhalb seiner Tätigkeit im Verwaltungsrat durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Zustimmung des Verwaltungsrates ab. Gewährt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied des Verwaltungsrates eine Vergütung, ohne dass der Verwaltungsrat diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied des Verwaltungsrates die Vergütung zurückzugewähren, es sei denn, dass der Verwaltungsrat den Vertrag nachträglich genehmigt. Ein Anspruch des Mitglieds des Verwaltungsrates gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(1d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März

-
- 2. Gesundheitsvorsorge,
 - 3. Rehabilitation,
 - 4. Erprobung

treffen. Entscheidungen hierüber werden mit der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen getroffen.

(4) Die Bundesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches ist entsprechend anzuwenden.

(5) Die Bundesverbände bestimmen mit Wirkung für ihre Mitglieder das Verfahren für die Beteiligung derjenigen Landesverbände am Abschluss von Vereinbarungen nach § 83 Satz 1, § 85 Abs. 2 Satz 1 und § 85b Abs. 2, deren Mitgliedskassen bei diesen Vereinbarungen von einem anderen Landesverband vertreten werden; Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dabei sind Kriterien zu bestimmen, nach denen die Zustimmung der Landesverbände nach Satz 1 zu den in Satz 1 genannten Vereinbarungen oder zu Teilen der Vereinbarungen vorzusehen ist.“

449 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

2017, vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den Mitteilungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu veröffentlichen.

(1e) Der Verwaltungsrat kann seinen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder des Verwaltungsrates zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter des Verwaltungsrates verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber dem Verwaltungsrat verletzt hat. Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Mit dem Beschluss über die Abberufung muss der Verwaltungsrat gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.

(2) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen; besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Abs. 1 bis 3, 6 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 6 verlangen, dass ihr der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegt. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach § 35a Absatz 6 Satz 3 des Vierten Buches sind auf die Vergütungen der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(2a) Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand und bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde. Beziehen sich die festgestellten Verstöße auf das Handeln von Vorstandsmitgliedern, so ist auch dem Verwaltungsrat zu berichten.

(3) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Mitgliederversammlung wählt den Verwaltungsrat. In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung. Eine Ersatzkasse, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, entsendet jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. § 64 Abs. 1 und 3 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(4) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss gebildet. Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Ren-

tenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satzes 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.

(5) Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen sind im Benehmen mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zu treffen. Der Vorstand hat die vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgegebenen Empfehlungen zu beachten. Dies gilt nicht für Entscheidungen, mit denen der Vorstand Beschlüsse, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, umsetzt. In begründeten Fällen kann der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen; in diesen Fällen teilt der Vorstand dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss seine Gründe schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann er im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

(6) Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.⁴⁵⁰

450 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat in Abs. 1 Satz 3 „62 Abs. 1 bis 2, 4 bis 6,“ durch „62,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „ , deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist,“ nach „Ersatzkasse“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 65a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „ , dem ehrenamtlichen Vorstand“ nach „Verwaltungsrat“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 65a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „ , ihrem ehrenamtlichen Vorstand“ nach „Verwaltungsrat“ eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 8 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 2 Satz 6 „und 7“ durch „bis 7“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat in Abs. 1 Satz 3 „§§ 37, 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62“ durch „§§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Absatz 1 bis 4 und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Abweichend von § 58 Abs. 2 des Vierten Buches endet die Amtsdauer der im Jahr 2007 gewählten Mitglieder sieben Monate nach den nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a, 1b, 1c, 1d und 1e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

§ 217c Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus höchstens 52 Mitgliedern. Zu wählen sind als Mitglieder des Verwaltungsrates Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen sowie gemeinsame Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse. Abweichend von Satz 2 sind für die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, nur Versichertenvertreter zu wählen. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. § 43 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die Verteilung der Sitze bestimmt sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat für die neue Wahlperiode wählt.

(2) Die für die Krankenkassen einer Kassenart zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates müssen jeweils zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören. Abweichend von Satz 1 ist für die Festlegung der Zahl der Arbeitgebervertreter, die für die Ersatzkassen zu wählen sind, deren Verwaltungsrat mit Arbeitgebervertretern besetzt ist, die Hälfte des Anteils der Versichertenzahlen dieser Ersatzkassen an den bundesweiten Versichertenzahlen aller Ersatzkassen zum 1. Januar des Kalenderjahres zu Grunde zu legen, in dem der Verwaltungsrat gewählt wird. Bei Abstimmungen des Verwaltungsrates sind die Stimmen zu gewichten, soweit dies erforderlich ist, um insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat herzustellen. Die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten haben zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Die Einzelheiten zur Sitzverteilung und Stimmengewichtung regelt die Satzung spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates. Die Satzung kann vorsehen, dass die Stimmenverteilung während einer Wahlperiode an die Entwicklung der Versichertenzahlen angepasst wird.

(3) Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt. Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten. Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Bewerber enthält, wie ihr Sitze nach der Satzung zugeordnet sind. Entsprechendes gilt für die nach Absatz 1 gemeinsam zu wählenden Mitglieder für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse. Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste, benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter; die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die kassenartbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vor-

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 8 bis 12 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 2 Satz 2 „; besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 64 Abs. 1 bis 3“ durch „§ 64 Absatz 1 bis 3a“ ersetzt.

21.07.2023.—Artikel 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Satz 3 „ , § 64a“ nach „bis 3a“ eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 1a Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) in Verbindung mit Artikel 20j des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) und Artikel 6j des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in Abs. 1 Satz 3 „Absatz 1 bis 3a“ durch „Absatz 1 bis 3“ ersetzt.

schlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. Die Vorschlagslisten werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter erstellt. Die Wahl erfolgt jeweils getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. Die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Bei den nach Satz 9 getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter der Mitgliedskasse bei einem Wahlgang so viele Stimmen, wie jeweils Sitze nach der Satzung zur Verfügung stehen.

(4) Gewählt sind jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der nach Absatz 4 gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart nach der Satzung zu verteilen sind. Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

(5) Bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung sind die Stimmen der Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu gewichten. Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitgliedes am 1. Januar eines Jahres. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen jährlich zum 1. Februar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

(6) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. Für die Mitgliedskasse kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit lädt die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der ersten konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet in dieser ersten Sitzung die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Für die erste Sitzung der Mitgliederversammlung gilt § 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt. Zu den nachfolgenden Sitzungen der Mitgliederversammlung beruft der Vorsitzende ein. Er leitet die Wahl des Verwaltungsrates und stellt das Wahlergebnis fest. Das Nähere regelt die Satzung.

(7) Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Für die erste Sitzung des Verwaltungsrates gelten die §§ 75 und 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt.

(8) Das Nähere zur Durchführung der Wahl des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl für die Wahl im Errichtungsstadium wie auch für die folgenden Wahlen nach Ablauf der jeweiligen Amtsperioden kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung regeln.⁴⁵¹

451 QUELLE

31.03.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 bis 6 eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „die See-Krankenkasse,“ am Anfang gestrichen.

Artikel 5 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 „der See-Krankenkasse,“ nach „Versichertenvertreter“ gestrichen.

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a und b des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat Abs. 2 bis 7 in Abs. 3 bis 8 unnummeriert und Abs. 1 durch Abs. 1 und 2 ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) Zu wählen sind als Mitglieder des Verwaltungsrates für

§ 217d Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit, bei Ausführung des § 217f Abs. 3 der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Funktion als Verbindungsstelle nach § 219a wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt.

1. die Allgemeinen Ortskrankenkassen sieben Versichertenvertreter und sieben Arbeitgebervertreter,
2. die Ersatzkassen 13 Versichertenvertreter,
3. die Betriebskrankenkassen vier Versichertenvertreter und vier Arbeitgebervertreter,
4. die Innungskrankenkassen zwei Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter,
5. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemeinsam ein Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter.

Bei einer Abstimmung wird die Stimme eines von der Mitgliederversammlung gewählten

1. Versichertenvertreters der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit jeweils fünf Siebteln und die eines Arbeitgebervertreters jeweils mit sechzehn Siebteln,
2. Versichertenvertreters der Ersatzkassen mit jeweils zwanzig Dreizehnteln,
3. Versichertenvertreters der Betriebskrankenkassen mit jeweils drei Vierteln und die eines Arbeitgebervertreters mit jeweils neun Vierteln,
4. Versichertenvertreters der Innungskrankenkassen mit jeweils einer Halben und die eines Arbeitgebervertreters mit drei Halben,
5. gemeinsamen Versichertenvertreters der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit 1 und die des gemeinsamen Arbeitgebervertreters mit 2

gewichtet. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. § 43 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. In Anpassung an die Entwicklung der Zahlen der Versicherten kann die Satzung unter Beachtung der Parität der Vertreter von Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Endergebnis, der Höchstzahl von 52 Verwaltungsratssitzen und der größtmöglichen Annäherung an den jeweiligen prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart eine von den Sätzen 1 und 2 abweichende Sitz- und Stimmenverteilung festlegen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 2 „Absatz 1“ durch „der Satzung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 3 „Nr. 5“ durch „gemeinsam“ ersetzt und „für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 4 „ , deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist,“ nach „Ersatzkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 11 „Satz 7“ durch Satz 8“ und „Absatz 1“ durch „der Satzung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 2 „Absatz 1“ durch „der Satzung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 2 „am 1. Januar eines Jahres“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 im neuen Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 3 „nach der Statistik KM6“ nach „Versichertenzahlen“ gestrichen und „1. Januar“ durch „1. Februar“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 7 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 Satz 3 jeweils „Landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftliche Krankenkasse“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 12 „Satz 8“ durch „Satz 9“ ersetzt.

(2) Die Kosten der Tätigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Mitgliedskassen gemäß den Vorgaben der Satzung aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. Für die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. Die Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist für das abgelaufene Haushaltsjahr bis zum 1. Oktober des Folgejahres aufzustellen und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf eineinhalb Monate entfallen. Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Mitgliedskassen zu verwenden oder an die Mitgliedskassen zurückzahlen.

(3) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(4) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt. Der Verwaltungsrat stellt ihn fest. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht verstößt oder die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.⁴⁵²

§ 217e Satzung

(1) Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund hat seinen Sitz in Berlin; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz bestimmen. Die Verbindungsstelle (§ 219a) hat ihren Sitz in Bonn; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz in Berücksichtigung der spezifischen Aufgabenstellung festlegen. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes sowie die Ergänzung des Verwaltungsrates bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitglieds,
2. die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
4. die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,

452 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Satz 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „§ 208 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 2 Satz 3 „bis 70 Absatz 1 und 5“ durch „bis 69“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 2 Satz 3 „bis 83 und 85“ durch „bis 86“ ersetzt.

6. das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitgliedskassen in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben,
7. die Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
8. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
9. die Art der Bekanntmachung.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten.⁴⁵³

§ 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat ab dem 1. Juli 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Der Vorstand hat dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten, wenn die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem für die Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe vorgegebenen Zeitpunkt schriftlich vorzulegen. In dem Bericht sind insbesondere die Gründe für die nicht rechtzeitige Umsetzung, der Sachstand und das weitere Verfahren darzulegen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung, mit den Versicherten und mit den Arbeitgebern. Die Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen ist Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(2a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Aufsichtsbehörden erstmals zum 31. März 2020 und danach jährlich über den aktuellen Stand und Fortschritt der Digitalisierung der Verwaltungsleistungen der Krankenkassen für Versicherte und bestimmt die dafür von seinen Mitgliedern zu übermittelnden Informationen. Dabei ist für jede Verwaltungsleistung bei jeder Krankenkasse darzustellen, ob und inwieweit diese elektronisch über eigene Verwaltungsportale und gemeinsame Portalverbünde für digitale Verwaltungsleistungen abgewickelt werden können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Anbindung der Krankenkassen an gemeinsame Portalverbünde für digitale Verwaltungsleistungen und gibt Empfehlungen für die Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen nach den für diese Portalverbünde geltenden Bestimmungen. Er legt für seine Mitglieder fest, welche einheitlichen Informationen, Dokumente und Anwendungen in gemeinsamen Portalverbünden zu den Verwaltungsleistungen der Krankenkassen für Versicherte angeboten werden und welche technischen Standards und sozialdatenschutzrechtlichen Anforderungen unter Beachtung der Richtlinie nach Absatz 4b Satz 1 die Krankenkassen einhalten müssen, damit diese ihre Verwaltungsleistungen elektronisch über gemeinsame Portalverbünde anbieten können. Er stellt seinen Mitgliedern geeignete Softwarelösungen zur Verfügung, um den erforderlichen Datenaustausch zwischen dem Verwaltungsportal der jeweils für den Versicherten zuständigen Krankenkasse und gemeinsamen Portalverbünden zu ermöglichen. Das Nähere einschließlich der gemeinsamen Kostentragung für die Entwicklung und Bereitstellung von Softwarelösungen durch die Mitglieder regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

453 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches).

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten.

(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zu den Regelungen nach § 73b Absatz 3 Satz 8 und § 140a Absatz 4 Satz 6 und 7 fest. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(4b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 31. Januar 2018 in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisaufnahme fest, die von den Krankenkassen bei Kontakten mit ihren Versicherten anzuwenden sind. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, im Verhältnis zum Gefährdungspotential mit abgestuften Verfahren den Schutz der Sozialdaten zu gewährleisten und dem Stand der Technik entsprechen. Insbesondere für die elektronische Übermittlung von Sozialdaten hat die Richtlinie Maßnahmen zur sicheren Identifizierung und zur sicheren Datenübertragung vorzusehen; hierbei sollen bereits vorhandene Verfahren für einen sicheren elektronischen Identitätsnachweis nach § 36a Absatz 2a Nummer 1 Buchstabe a und b des Ersten Buches berücksichtigt werden. Die Richtlinie muss zusätzlich zum 1. Oktober 2023 Regelungen zu dem Abgleich der Anschrift der Versicherten mit den Daten aus dem Melderegister vor dem Versand der elektronischen Gesundheitskarte und deren persönlicher Identifikationsnummer (PIN) an die Versicherten enthalten. Die Richtlinie hat Konzepte zur Umsetzung der Maßnahmen durch die Krankenkassen und Vorgaben für eine Zertifizierung durch unabhängige Gutachter vorzusehen. Sie ist in Abstimmung mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erstellen und bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Richtlinie ist erstmalig zum 1. Januar 2021 und dann fortlaufend zu evaluieren und spätestens alle zwei Jahre unter Einbeziehung eines vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beauftragenden unabhängigen geeigneten Sicherheitsgutachters im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik an den Stand der Technik anzupassen. Die geänderte Richtlinie bedarf jeweils der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(4c) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. Juni 2024 den branchenspezifischen Sicherheitsstandard im Sinne des § 392 Absatz 4 in der jeweils aktuellen Fassung als Richtlinie zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse der Krankenkassen für diese verbindlich fest. Die Richtlinie ist jährlich an die jeweils aktuelle Fassung des branchenspezifischen Sicherheitsstandards anzupassen.

(4d) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und den anderen zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2024 und danach jährlich über den aktuellen Stand der Umsetzung der Vorgaben der Richtlinie im Sinne des Absatzes 4c. Dabei ist für jede Krankenkasse gesondert darzustellen, ob die Vorgaben der Richtlinie im Sinne des Absatzes 4c umgesetzt wurden und welche Maßnahmen hierzu im Einzelnen ergriffen wurden.

(5) Die von den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 30. Juni 2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten so lange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug verarbeiten.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen.⁴⁵⁴

§ 217g Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechtswidrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass

454 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.05.2011.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 7 eingefügt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4a Satz 1 „bis zum 26. August 2013“ nach „legt“ gestrichen und „ , § 73c Absatz 2 Satz 7 und § 140a Absatz 2 Satz 5“ durch „und § 140a Absatz 4 Satz 5 und 7“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 4b eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 85 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 8 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 25 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 7 „und nutzen“ am Ende gestrichen.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 2 Satz 1 „ , mit den Versicherten“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 1 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 „§ 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7“ durch „§ 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 4b Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4b Satz 7 und 8 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 4b Satz 4 „1. Januar 2021“ durch „1. Oktober 2023“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen nach § 28f Abs. 4 des Vierten Buches.“

01.01.2024.—Artikel 5b Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) hat in Abs. 4b Satz 3 „Absatz 2 Satz 5“ durch „Absatz 2a Nummer 1 Buchstabe a und b“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Abs. 4c und 4d eingefügt.

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss des Verwaltungsrates erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss des Verwaltungsrates ersetzen.

(3) Verstößt ein Beschluss des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die auf Grund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 auf Grund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.⁴⁵⁵

§ 217h Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

455 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 149 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 13 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 2 Satz 2 „ , der See-Krankenkasse“ vor „und“ gestrichen.

AUFHEBUNG

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 66a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 217g Errichtungsbeauftragter

(1) Die Bundesverbände nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die See-Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen bestellen zum Aufbau des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten. Ist eine Bestellung bis zum 30. April 2007 nicht erfolgt, bestellt das Bundesministerium für Gesundheit einen Errichtungsbeauftragten. Er unterstützt den Spitzenverband in der Errichtungsphase, insbesondere bei der Organisation der Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie den Wahlen des Verwaltungsrates und des Vorstandes. Ist ein Vorstand bis zum 1. Juli 2007 nicht gewählt, hat der Errichtungsbeauftragte bis zur Wahl des Vorstandes die Stellung eines Vorstandes und dessen Rechte und Pflichten.

(2) Die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen. Solange der Spitzenverband Bund keinen Haushaltsplan beschlossen hat, werden diese Aufwendungen von den Bundesverbänden nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart aufgebracht. Die nach Satz 2 Verpflichteten haben einen angemessenen Vorschuss auf die zu erwartenden Aufwendungen zu zahlen.“

QUELLE

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder des Verwaltungsrates, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) Der Entsendung der Person hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.⁴⁵⁶

§ 217i Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten

(1) Solange und soweit die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht zustande kommt oder der Verwaltungsrat oder der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sich weigert, seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen übertragen. Dies gilt auch, wenn der Verwaltungsrat oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit

456 QUELLE

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(2) Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1 erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt dem nach Absatz 1 bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.

(3) Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.⁴⁵⁷

§ 217j Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Sofern schutzwürdige Belange Dritter nicht entgegenstehen, hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2018, einen Bericht über aufsichtsrechtliche Maßnahmen nach § 217g Absatz 1 bis 3, § 217h Absatz 1 und 4 Satz 1 und § 217i Absatz 1 und 3 Satz 1 und den Erlass von Verpflichtungsbescheiden nach § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches in Verbindung mit § 217d Absatz 2 Satz 2 sowie über den Sachstand der Aufsichtsverfahren vorzulegen.⁴⁵⁸

§ 218 Regionale Kassenverbände

(1) Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können sich durch übereinstimmenden Beschluß ihrer Verwaltungsräte zu einem Kassenverband vereinigen, wenn sie ihren Sitz im Bezirk desselben Versicherungsamts haben.

(2) Mit Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes kann sich ein Kassenverband über die Bezirke oder Bezirksteile mehrerer Versicherungsämter erstrecken.⁴⁵⁹

§ 219 Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation Arbeitsgemeinschaften zur Wahrnehmung der in § 94 Abs. 1a Satz 1 des Zehnten Buches genannten Aufgaben bilden.

457 QUELLE
01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

458 QUELLE
01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

459 ÄNDERUNGEN
01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 131 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „Vertreterversammlungen“ durch „Verwaltungsräte“ ersetzt.

(2) Vor der Entscheidung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrates.

(3) Der Vorstand hat zur Information des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist. Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,
4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(4) (weggefallen)

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist.⁴⁶⁰

460 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 132 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Abs. 1 und 3 aufgehoben. Abs. 1 und 3 lauteten:

„(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden.

(3) § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

Artikel 4 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat „Absatz 1“ durch „§ 94 Abs. 1a Satz 1 des Zehnten Buches“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Arbeitsgemeinschaften“.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 bis 5 eingefügt.

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

§ 219a Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (Verbindungsstelle) wahr. Er erfüllt dabei die ihm durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. Insbesondere gehören hierzu

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe und Durchführung des Datenaustauschs in grenzüberschreitenden Fällen,
5. Aufklärung, Beratung und Information,
6. Wahrnehmung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach § 219d.

Die Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts erfolgt für in Deutschland wohnende und gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten der Europäischen Union erwerbstätige Personen im Behalten mit der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen oder der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, soweit es sich um Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder der landwirtschaftlichen Sozialversicherung handelt oder eine solche Mitgliedschaft bei Anwendbarkeit des deutschen Rechts gegeben wäre. Die Satzung des Spitzenverbandes kann Einzelheiten zur Aufgabenerfüllung regeln und dabei im Rahmen der Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Verbindungsstelle auch weitere Aufgaben übertragen. Im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgabe nach Satz 3 Nummer 2 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

1. auf Beanstandungen verzichten und eine damit einhergehende Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen begründen sowie
2. im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen ganz oder teilweise auf Forderungen der deutschen Krankenkassen verzichten und sich auf das Bestehen einer oder mehrerer ausländischer Forderungen gegenüber einer deutschen Krankenkasse mit einer ausländischen Stelle verständigen.

Ein Verzicht auf eine Forderung oder eine Verpflichtung zur Zahlung ist nur möglich, wenn dies für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland und die betroffenen Krankenkassen wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Satzes 6 und zum Verfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie fest.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (Verbindungsstelle) nach § 219a in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung. § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs findet entsprechend Anwendung. Der für das Jahr 2008 aufgestellte Haushaltsplan gilt als Teil des Haushalts des Spitzenverbandes fort.

(3) Der Verwaltungsrat hat für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 einen Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen. Der Geschäftsführer verwaltet den Spitzenverband Bund in allen Angelegenheiten nach Absatz 1 und vertritt den Spitzenverband Bund in diesen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts anderes bestimmen. Für den Abschluss des Dienstvertrages gilt § 35a Abs. 6 Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Das Nähere über die Grundsätze der Geschäftsführung durch den Geschäftsführer bestimmt die Satzung.

„(4) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.“

(4) Der Verwaltungsrat hat den Gesamthaushaltsplan des Spitzenverbandes Bund für den Aufgabenbereich der Verbindungsstelle zu untergliedern. Die Haushaltsführung hat getrennt nach den Aufgabenbereichen zu erfolgen.

(5) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage, deren Berechnungskriterien in der Satzung festgelegt werden (§ 217e Abs. 1 Nr. 3), und durch die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen zur ausschließlichen Verwendung der für die Aufgabenerfüllung verfügbaren Mittel für Zwecke der Verbindungsstelle enthalten.

(6) Auf Personen nach Artikel 2 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), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1149 (ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21) geändert worden ist, denen in dem Wohnmitgliedstaat eine Behandlung wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres aktuellen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann und die auf Grund einer Absprache zwischen einem Land oder dem Bund und einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt werden, findet das Verfahren nach den Artikeln 20, 27 und 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 und 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), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2017/492 (ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13) geändert worden ist, mit den Maßgaben Anwendung, dass

1. die an der Absprache Beteiligten auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 verzichten können,
2. der Bund die Behandlungskosten übernimmt,
3. die Verbindungsstelle die Kostenabrechnung abweichend von Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 gegenüber dem Bund durchführt.

Dies gilt für alle Behandlungen, die bis zum 30. Juni 2022 begonnen werden. Bei Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland haben, gilt dies für alle Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2020 begonnen werden.⁴⁶¹

461 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 150 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 219a Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (Verbindungsstelle). Die Verbindungsstelle nimmt die ihr durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben wahr. Sie nimmt insoweit auch Aufgaben wahr, die nach über- und zwischenstaatlichem sowie nach innerstaatlichem Recht bis zum 1. Januar 2000 dem AOK-Bundesverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle übertragen waren. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Information, Beratung und Aufklärung.

(2) Die Verbindungsstelle ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

§ 219b Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

Der Datenaustausch der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, erfolgt im automatisierten Verfahren, soweit hierfür strukturierte Dokumente zur Verfügung stehen, die von der bei der Kommission der Europäischen Union eingesetzten Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt worden sind. Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt nach Gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. bestimmt werden.⁴⁶²

(3) Organe der Verbindungsstelle sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er vertritt die Verbindungsstelle gerichtlich und außergerichtlich. § 31 Abs. 3 des Vierten Buches gilt entsprechend. Das Nähere bestimmt die Satzung.

(5) Die §§ 34, 37 und 38 des Vierten Buches sowie § 194 Abs. 1 Nr. 10 gelten entsprechend.“

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat Satz 3 in Abs. 1 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Informationen, Beratung und Aufklärung.“

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 1 Satz 4 „dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung“ durch „der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ ersetzt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 13 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 16 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 6 eingefügt.

01.10.2020.—Artikel 1 Nr. 6b lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 6 Satz 2 „30. September 2020“ durch „31. März 2021“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 3 eingefügt.

01.04.2021.—Artikel 1 Nr. 52 lit. b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 6 Satz 2 „31. März“ durch „31. Dezember“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 52 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 6 bis 8 eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 6 Satz 2 „31. Dezember 2021“ durch „30. Juni 2022“ ersetzt.

462 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 151 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 219b Verwaltungsrat der Verbindungsstelle

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die Betriebs- und Rechnungsführung jährlich zu prüfen und die Jahresrechnung abzunehmen,
4. den Finanzierungsanteil als Umlage nach § 219d zu beschließen,
5. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen und zu entlasten.

§ 219c⁴⁶³**§ 219d Nationale Kontaktstellen**

(1) Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45) nimmt der Spitzenver-

(2) Die Spitzenverbände der in § 35a Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen entsenden je ein Vorstandsmitglied, die übrigen Spitzenverbände je ein Mitglied der Geschäftsführung in den Verwaltungsrat.

(3) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.“

QUELLE

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 85a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 2 eingefügt.

463 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 151 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 219c Ständiger Arbeitsausschuss der Verbindungsstelle

Die Verbindungsstelle hat einen Ständigen Arbeitsausschuss, in den jeder Spitzenverband einen Vertreter entsenden kann. Dieser berät und unterstützt den Geschäftsführer. Das Nähere bestimmt die Satzung.“

QUELLE

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 85b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 219c Dateien bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

(1) Zur Durchführung von Artikel 15 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) melden die Krankenkassen und die anderen Träger der sozialen Sicherheit, die für die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften zuständig sind, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, im automatisierten Verfahren diejenigen Daten, die

1. in der von der Verwaltungskommission festgelegten Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften oder
2. in den entsprechenden strukturierten Dokumenten enthalten sind.

(2) Wenn die zuständigen Behörden des Mitgliedstaates, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird, dies verlangen, leitet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, die Daten unverzüglich an den Träger des Mitgliedstaates weiter. Andernfalls werden die Daten gespeichert und für spätere Anforderungen aus dem Mitgliedstaat, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird oder ausgeübt wurde, zur Verfügung gehalten.

(3) Anforderungen und auch die bei der Antwort anfallenden Daten dürfen ebenfalls gespeichert werden.

(4) Die Daten sind spätestens fünf Jahre nach Ablauf des Geltungszeitraums zu löschen, der in der Bescheinigung oder dem entsprechenden strukturierten Dokument genannt ist.“

band Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, ab dem 25. Oktober 2013 wahr. Sie stellt insbesondere Informationen über

1. nationale Gesundheitsdienstleister, geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen, Patientenrechte einschließlich der Möglichkeiten ihrer Durchsetzung sowie die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Menschen mit Behinderungen,
2. die Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten,
3. Mindestanforderungen an eine im grenzüberschreitenden Verkehr anerkennungsfähige Verschreibung,
4. Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten und
5. Möglichkeiten des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten

zur Verfügung. In den Informationen nach Satz 2 Nummer 2 ist klar zu unterscheiden zwischen den Rechten, die Versicherte nach § 13 Absatz 4 und 5 in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU geltend machen können, und den Rechten, die Versicherte aus 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) geltend machen können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die privaten Krankenversicherungen stellen der nationalen Kontaktstelle die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen zur Verfügung. Soweit es zur Bearbeitung der Anfrage erforderlich ist, darf die nationale Kontaktstelle die von dem anfragenden Versicherten übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten; eine Übermittlung darf nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung des Versicherten erfolgen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung der Informationen durch die nationale Kontaktstelle gemäß Absatz 1 Satz 2 in einem Vertrag.

(3) An den zur Finanzierung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle erforderlichen Kosten sind die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen zu beteiligen. Das Nähere zur Finanzierung, insbesondere auch zur Höhe der jährlich erforderlichen Mittel, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen in dem Vertrag nach Absatz 2. Wird nichts Abweichendes vereinbart, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungen zu 5 Prozent, die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu 10 Prozent an den zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Kosten.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Informationen müssen leicht zugänglich sein und, soweit erforderlich, auf elektronischem Wege und in barrierefreien Formaten bereitgestellt werden.

(5) Die nationale Kontaktstelle arbeitet mit den nationalen Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission in Fragen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zusammen.

(6) Über die Aufgaben nach Absatz 1 hinaus übernimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, Aufbau und Betrieb der organisatorischen und technischen Verbindungsstelle für die Bereitstellung von Diensten für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten (nationale eHealth-Kontaktstelle). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, ist der für die Datenverarbeitung durch die nationale eHealth-Kontaktstelle Verantwortliche nach Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679. Die Gesellschaft für Telematik übernimmt die mit dem grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten zusammenhängenden Aufgaben und Abstimmungen auf europäischer Ebene und legt die technischen Grundlagen für die nationale eHealth-Kontaktstelle fest, auf deren Basis der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, die nationale eHealth-Kontaktstelle aufbaut und

betreibt. Über den Aufbau und den Betrieb der nationalen eHealth-Kontaktstelle stimmt sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, fortlaufend im erforderlichen Umfang mit der Gesellschaft für Telematik ab. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte trifft unter Berücksichtigung der europäischen semantischen Interoperabilitätsfestlegungen und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Gesellschaft für Telematik die Festlegungen zur semantischen Interoperabilität, die für den grenzüberschreitenden Datenaustausch erforderlich sind, und stimmt diese Festlegungen auf europäischer Ebene ab. Die Festlegungen sind auf die Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 aufzunehmen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Zeitpunkt der Betriebsaufnahme der nationalen eHealth-Kontaktstelle nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland fest. Die nationale eHealth-Kontaktstelle hat im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung nach Absatz 6 Satz 1 die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu nutzen. Hierbei finden die Regelungen des Elften Kapitels Anwendung.

(8) Hat der Versicherte in die Nutzung des Verfahrens zur Übermittlung seiner Daten aus der elektronischen Patientenakte oder in die Übermittlung der elektronischen vertragsärztlichen Verordnung zum Zweck des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten für die Behandlung oder die Einlösung der Verordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eingewilligt, darf die nationale eHealth-Kontaktstelle diese Daten zu diesem Zweck an die nationale eHealth-Kontaktstelle des Mitgliedstaats der Europäischen Union, in dem die Behandlung stattfindet oder die Verordnung eingelöst wird, übermitteln, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung oder der Einlösung der Verordnung die Übermittlung durch eine eindeutige bestätigende Handlung gegenüber der nationalen eHealth-Kontaktstelle technisch freigibt. Es sind technische Maßnahmen zu treffen, die eine Kenntnisnahme der Daten und einen Zugriff durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und durch die eHealth-Kontaktstelle ausschließen.

(9) Unbeschadet seiner Verantwortlichkeit nach Absatz 6 Satz 2 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, die Aufgabe nach Absatz 6 Satz 1 an eine geeignete Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen nach § 94 Absatz 1a Satz 1 des Zehnten Buches oder nach § 219 Absatz 1 übertragen. Diese hat die Vorgaben nach den Absätzen 7 und 8 zu erfüllen.

(10) An der Finanzierung der nationalen eHealth-Kontaktstelle nach Absatz 6 sind die privaten Krankenversicherungen zu 10 Prozent zu beteiligen.⁴⁶⁴

464 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 5 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 1 „; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt“ durch „und Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 Satz 1 „und 5“ durch „und 3“ ersetzt. Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) hat diese Änderung zurückgenommen.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 22 lit. b des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 Satz 1 „Halbsatz 1“ nach „Satz 1“ gestrichen. Artikel 5 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) hat diese Änderung zurückgenommen.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 6 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ durch „; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 151 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 219d Finanzierung und Aufsicht über die Verbindungsstelle

(1) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern im Voraus zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berechnungsgrundlage für die Umlagen sind die Mitgliederzahlen. Das Nähere bestimmt die Satzung.

(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die Regelungen in den §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5 und § 72 Abs. 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, §§ 73 bis 76 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.

(3) Die Verbindungsstelle untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend.“

QUELLE

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 73 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 „sowie“ nach „Sicherheitsbestimmungen“ durch ein Komma ersetzt und „sowie die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Menschen mit Behinderungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 73 lit. a litt. bb bis dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt, Nr. 3 in Abs. 1 Satz 2 in Nr. 4 unnummeriert und Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 73 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 26 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 5 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, darf die nationale Kontaktstelle personenbezogene Daten der anfragenden Versicherten nur mit deren schriftlicher Einwilligung und nach deren vorheriger Information verarbeiten und nutzen.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in der Überschrift „Kontaktstelle“ durch „Kontaktstellen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt, in Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 „und“ am Ende eingefügt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 und 7 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 7 in Abs. 10 unnummeriert und Abs. 6 durch Abs. 6 bis 9 ersetzt. Abs. 6 lautete:

„(6) Über die Aufgaben nach Absatz 1 hinaus übernimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, auf der Grundlage der technischen Festlegungen der Gesellschaft für Telematik hierzu, Aufbau und Betrieb der organisatorischen und technischen Verbindungsstelle für die Bereitstellung von Diensten für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten (nationale eHealth-Kontaktstelle). Datenschutz und Datensicherheit sind dabei nach dem Stand der Technik zu gewährleisten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, kann die Aufgabe nach Satz 1 an eine geeignete Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen nach § 94 Absatz 1a Satz 1 des Zehnten Buches oder nach § 219 übertragen. Die Gesellschaft für Telematik nimmt die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufgaben auf europäischer Ebene wahr. Über den Aufbau und den laufenden Betrieb der nationalen eHealth-Kontaktstelle stimmt sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, kontinuierlich mit der Gesellschaft für Telematik ab.“

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Satz 6 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Die Festlegungen sind in die nach § 394a Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zu errichtende Plattform aufzunehmen, sobald diese zur Verfügung steht.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 7 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die nationale eHealth-Kontaktstelle nimmt ihren Betrieb spätestens am 1. Juli 2023 auf. Sie hat im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung nach Absatz 6 Satz 1 die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu nutzen.“

Achtes Kapitel Finanzierung

Erster Abschnitt Beiträge

Erster Titel Aufbringung der Mittel

§ 220 Grundsatz

(1) Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242. Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig. Die Aufsichtsbehörde kann im Einzelfall Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken für Eigeneinrichtungen nach § 140 sowie der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigeneinrichtungen nach § 140 genehmigen.

(2) Der beim Bundesamt für Soziale Sicherung 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 Zusatzbeitragsatzes 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.

(3) Für das Rechnungswesen einschließlich der Statistiken bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung gelten die §§ 76, 77 Absatz 1a Satz 1 bis 6 und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80, 83 Absatz 1 und 2 bis 4, die §§ 84 und 86 des Vierten Buches entsprechend. Die Mittel des Gesundheitsfonds können abweichend von § 83 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b und c sowie Nummer 4 Buchstabe c des Vierten Buches angelegt werden bei Kreditinstituten, die die geltenden Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität einhalten. Die Einhaltung der Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität ist regelmäßig, mindestens jährlich, zu überprüfen. Die Bestellung des Wirtschaftsprüfers oder des vereidigten Buchprüfers zur Prüfung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds erfolgt durch die beim Bundesamt für Soziale Sicherung eingerichtete Prüfstelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen. Die Entlastung des Präsidenten oder der Präsidentin des Bundesamtes für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden. Die Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit werden bis zum 31. Mai 2023 vorgelegt. Zudem erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen und Vorschläge für gesetzliche Vorgaben, die eine Offenlegung der Service- und Versor-

gungsqualität der Krankenkassen anhand von einheitlichen Mindestkriterien ermöglichen. Diese sollen bis zum 30. September 2023 erarbeitet werden.⁴⁶⁵

465 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 133 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 4 eingefügt.

31.12.1996.—Artikel 35 Abs. 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Weichen die nach § 270a vom Bundesminister für Gesundheit bekannt gegebenen Feststellungen von den Vorausschätzungen ab, die die Krankenkasse ihrem Haushaltsplan zugrunde gelegt hatte, hat die Krankenkasse Überschreitungen des Haushaltsplans des Vorjahres mit den für das laufende Kalenderjahr vorgesehenen Ausgaben zu verrechnen.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 140 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 152 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Für die Bemessung sind der Betrag der vorgesehenen Einnahmen um den zu Beginn des Haushaltsjahres vorhandenen Betriebsmittelüberschuß und der Betrag der vorgesehenen Ausgaben um die erforderliche Auffüllung des Betriebsmittelbestands zu erhöhen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, daß die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage und der Inanspruchnahme eines Darlehens aus der Gesamtrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zu erhöhen. Muß eine Krankenkasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen, dringend ihre Einnahmen vermehren, hat der Vorstand zu beschließen, daß die Beiträge bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht werden; der Beschluß bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluß zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung der Beiträge an.“

Artikel 1 Nr. 152 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 aufgehoben. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Übersteigen die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen.

(4) Ab dem 1. Januar 2004 sind die durch die §§ 24b, 27a, 33 Abs. 1, § 34 Abs. 1 und § 221 sowie die durch den Wegfall der §§ 58 und 59 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung und die Aufhebung des § 200b der Reichsversicherungsordnung bewirkten Einsparungen in vollem Umfang für Beitragssatzsenkungen zu verwenden. Die übrigen durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) bewirkten Einsparungen sind mindestens zur Hälfte für Beitragssenkungen zu verwenden. Satz 1 gilt auch für die durch § 240 Abs. 2 Satz 3 sowie die §§ 241a, 245, 247 und 248 bewirkten Einsparungen vom Inkrafttreten dieser Vorschriften ab.“

Artikel 1 Nr. 11c des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Beiträge sind bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Beitragssatz nach § 241 ist zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 vom Hundert decken. Der Beitragssatz ist zu ermäßigen, wenn eine Deckungsquote von 100 vom Hundert überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote von 95 vom Hundert im Laufe des Haushaltsjahres voraussichtlich nicht unterschritten wird.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 66b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

§ 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.

(2) Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse den auf sie entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.

(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

1. um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und
2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der Anteil nach Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds und der Anteil nach Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 entfallenden Anteile an den Mitteln für den Innovationsfonds nach § 92a und den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange ein Anteil nach Satz 4 noch nicht feststeht, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung

Artikel 1 Nr. 66b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Satz 1 bis 4“ nach „Abs. 1a“ eingefügt.

01.08.2014.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 „; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt für jedes Jahr bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Diese Schätzung dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 74 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 „Abs. 1a Satz 1 bis 4“ durch „Absatz 1a Satz 1 bis 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 und 4 eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 11 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 und 3 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 15 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „Bundesversicherungsamts“ durch „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 3 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung gelten die §§ 67 bis 69, 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Absatz 1a Satz 1 bis 6 und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.“

einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung.⁴⁶⁶

466 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 134 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „der Vertreterversammlung“ durch „dem Verwaltungsrat“ ersetzt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 221 Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Ortskrankenkassen

(1) Decken bei einer Ortskrankenkasse Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben nicht, ist eine Erhöhung der Beiträge nur möglich, wenn ihr die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in dem Verwaltungsrat jeweils mehrheitlich zustimmen.

(2) Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, setzt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag des Vorstands die Beiträge so fest, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben der Krankenkasse decken, oder vereinigt die Krankenkasse mit anderen Ortskrankenkassen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 146 entsprechend.“

01.09.1997.—Artikel 1 Nr. 4 und Artikel 4 Abs. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) haben Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 221 Zuzahlungserhöhungen bei Beitragssatzerhöhungen

(1) Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so erhöhen sich die von den Versicherten dieser Krankenkasse zu leistenden Zuzahlungen, die in Deutsche Mark bemessen werden, für jeweils angefangene 0,1 Beitragssatzpunkte dieser Beitragssatzerhöhung um 1 Deutsche Mark. Zuzahlungen, die in Vomhundertsätzen bemessen werden, erhöhen sich jeweils um einen Prozentpunkt; dies gilt auch für den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz. Die Erhöhung um jeweils 1 Deutsche Mark nach Satz 1 gilt auch für den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag. Die Erhöhung tritt jeweils einen Monat nach dem Wirksamwerden der Beitragssatzerhöhung ein.

(2) Senkt eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so vermindern sich die von den Versicherten dieser Krankenkasse zu leistenden Zuzahlungen, der von den Versicherten zu tragende Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz und der Betrag nach § 60 Abs. 2 für jeweils 0,1 Beitragssatzpunkte entsprechend Absatz 1. Dabei dürfen die gesetzlich vorgesehenen Beträge und Anteile nicht unterschritten werden.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

(4) Die Absätze 1 und 3 gelten nicht, soweit allein durch Veränderungen der Verpflichtungen oder Ansprüche im Risikostrukturausgleich Beitragssatzerhöhungen zwingend erforderlich sind. Veränderungen nach Satz 1 sind

1. für das Haushaltsjahr 1996 der Unterschiedsbetrag zwischen den im Jahre 1996 nach § 266 Abs. 6 Satz 4 und 5 tatsächlich geleisteten oder erhaltenen Ausgleichszahlungen für 1995 und 1996 und den im Haushaltsplan 1996 und im Jahresrechnungsergebnis 1995 hierfür vorgesehenen Werten,
2. für die Haushaltsjahre ab 1997 der Unterschiedsbetrag zwischen den im Haushaltsjahr nach § 266 Abs. 6 Satz 4 und 5 tatsächlich geleisteten oder erhaltenen Ausgleichszahlungen und den entsprechenden Beträgen im Vorjahr.

Satz 1 gilt nicht für Veränderungen der Ansprüche im Risikostrukturausgleich, soweit sie durch Änderungen im Leistungsrecht verursacht sind.“

QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 141 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2006.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 29. Juni 2006 (BGBl. I S. 1402) hat in Abs. 1 Satz 1 „und ab dem Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro“ durch „, für das Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro und für das Jahr 2007 1,5 Milliarden Euro“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 153 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro“, für das Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro und für das Jahr 2007 1,5 Milliarden Euro jeweils am 1. Mai und am 1. November zur Hälfte“ durch „2007 und das Jahr 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro in halbjährlich zum 1. Mai und zum 1. November zu überweisenden Teilbeträgen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 153 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 153 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 153 lit. d des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 3 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) in der Fassung des Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt eine Krankenkasse oder einen Verband als zentrale Stelle für die Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Beteiligung des Bundes an die zentrale Stelle zur Weiterleitung an die berechtigten Krankenkassen.“

Artikel 2 Nr. 29 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) in der Fassung des Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Verteilung nach Absatz 1 zu bestimmen. Maßstab für die Verteilung sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen.“

01.07.2009.—Artikel 13 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2007 und das Jahr 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro in halbjährlich zum 1. Mai und zum 1. November zu überweisenden Teilbeträgen über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen.“

Artikel 13 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Ab dem Jahr 2009 erfolgen die Leistungen des Bundes in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 2 Satz 1 „Satz 3“ nach „Absatz 1“ gestrichen.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1 den auf die Landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.“

Artikel 8 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „dieser Krankenkassen“ durch „dieser Krankenkasse“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2781) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen 7,2 Milliarden Euro für das Jahr 2009 und 11,8 Milliarden Euro für das Jahr 2010 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren jährlich um 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.“

16.08.2014.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2013 und ab dem Jahr 2014 jährlich 14 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren jährlich um 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.“

§ 221a Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2021 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Betrag von 30 Millionen Euro.

(2) Der Bund leistet bis zum 1. April 2021 unbeschadet der Bundeszuschüsse nach Absatz 1 und nach § 221 Absatz 1 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 300 Millionen Euro an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als Beitrag zum Ausgleich für die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Folge der Regelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a. Überschreiten die in Satz 1 genannten Mehrausgaben im Jahr 2021 einen Betrag von 300 Millionen Euro, leistet der Bund zum 1. Juli 2022 einen weiteren ergänzenden Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe des Betrags, um den die in Satz 1 genannten Mehrausgaben den Betrag von 300 Millionen Euro überschreiten. Der nach Satz 2 zu leistende Betrag wird aus der Differenz zwischen den Ausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld ausweislich der Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) für das Jahr 2021 und für das Jahr 2019 einschließlich der jeweils darauf zu entrichtenden Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 24,05 Prozent abzüglich der bereits geleisteten 300 Millionen Euro

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 2 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 wird in den Jahren 2016 bis 2019 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 reduziert; Satz 2 gilt entsprechend. Der Anteil nach Satz 3 wird dem Innovationsfonds zugeführt; Mittel für den Innovationsfonds, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen.“

Artikel 6 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 „;“; solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen“ am Ende gestrichen.

Artikel 7 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 bis 7 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 85c des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 „10,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014, 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2015, 14 Milliarden Euro für das Jahr 2016 und ab dem Jahr 2017“ nach „Leistungen“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „2019“ durch „2024“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b und c desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 3 durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Mittel für den Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen. Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. d desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 5 „der Anteil“ durch „ein Anteil nach Satz 4“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „in den Jahren 2016 bis 2024“ am Anfang gestrichen.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 und 6 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

ermittelt. Der Bund leistet zum 1. Oktober 2021 eine Abschlagszahlung an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf den nach Satz 2 zu entrichtenden ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe eines Betrags, der unter entsprechender Anwendung der Berechnung nach Satz 3 auf der Grundlage der vorläufigen Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2021 bestimmt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit ermittelt die Überschreibungsbeträge nach den Sätzen 3 und 4 und meldet diese unverzüglich an das Bundesministerium der Finanzen.

(3) Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2022 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Betrag von 42 Millionen Euro. Das Bundesministerium für Gesundheit wird befristet bis zum 31. Dezember 2021 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats einen von Satz 1 abweichenden ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 einschließlich eines vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisenden Betrags festzusetzen. Der in der Rechtsverordnung nach Satz 3 festzusetzende ergänzende Bundeszuschuss ist auf den Betrag festzusetzen, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a im Jahr 2022 bei 1,3 Prozent zu stabilisieren; der vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisende Betrag ist in der Rechtsverordnung nach Satz 3 entsprechend des Verhältnisses des der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach Satz 2 vom Gesundheitsfonds zu überweisenden Betrags zum ergänzenden Bundeszuschuss nach Satz 1 festzusetzen.

(4) Der Bund leistet bis zum 1. April 2022 unbeschadet der Bundeszuschüsse nach Absatz 3 und nach § 221 Absatz 1 für das Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 300 Millionen Euro an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als Beitrag zum Ausgleich für die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der Regelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a. Überschreiten die in Satz 1 genannten Mehrausgaben im Jahr 2022 einen Betrag von 300 Millionen Euro, leistet der Bund zum 1. Juli 2023 einen weiteren ergänzenden Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe des Betrags, um den die in Satz 1 genannten Mehrausgaben den Betrag von 300 Millionen Euro überschreiten. Der nach Satz 2 zu leistende Betrag wird aus der Differenz zwischen den Ausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld ausweislich der Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) für das Jahr 2022 und für das Jahr 2019 einschließlich der jeweils darauf zu entrichtenden Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 24,05 Prozent abzüglich der bereits geleisteten 300 Millionen Euro ermittelt. Das Bundesministerium für Gesundheit ermittelt den Überschreibungsbetrag nach den Sätzen 2 und 3 und meldet diesen unverzüglich an das Bundesministerium der Finanzen.

(5) Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2023 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 2 Milliarden Euro in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse den auf sie entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes. Der an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu überweisende Betrag bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli 2022.

(6) Der Bund leistet bis zum 1. April 2023 unbeschadet der Bundeszuschüsse nach Absatz 5 und nach § 221 Absatz 1 für das Jahr 2023 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 150 Millionen Euro an den Gesundheitsfonds als Beitrag zum Ausgleich für die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der Regelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a. Überschreiten die in Satz 1 genannten Mehrausgaben im Jahr 2023 einen Betrag von 150 Millionen Euro, leistet der Bund zum 1. Juli 2024 einen weiteren ergänzenden Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe des Betrags, um den die in Satz 1 genannten Mehrausgaben den

Betrag von 150 Millionen Euro überschreiten. Der nach Satz 2 zu leistende Betrag wird aus der Differenz zwischen den Ausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld ausweislich der Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) für das Jahr 2023 und für das Jahr 2019 einschließlich der jeweils darauf zu entrichtenden Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und sozialen Pflegeversicherung abzüglich der bereits geleisteten 150 Millionen Euro ermittelt. Das Bundesministerium für Gesundheit ermittelt den Überschreibungsbetrag nach den Sätzen 2 und 3 und meldet diesen unverzüglich an das Bundesministerium der Finanzen.⁴⁶⁷

§ 221b⁴⁶⁸

467 QUELLE

01.01.2010.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2011.—Artikel 18 des Gesetzes vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1885) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 221a Konjunkturbedingte Beteiligung des Bundes

Der Bund leistet zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen im Jahr 2010 3,9 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. § 221 Absatz 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die landwirtschaftlichen Krankenkassen 50 Prozent des Betrages zu überweisen sind, der sich bei der Bemessung nach § 221 Absatz 2 Satz 2 ergibt.“

AUFHEBUNG

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2781) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 221a Weitere Beteiligung des Bundes für das Jahr 2011

Der Bund leistet im Jahr 2011 weitere 2 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. § 221 Absatz 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die landwirtschaftlichen Krankenkassen 50 Prozent des Betrages zu überweisen sind, der sich bei der Bemessung nach § 221 Absatz 2 Satz 2 ergibt.“

QUELLE

26.11.2020.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

05.01.2021.—Artikel 8 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) hat in der Überschrift „Ergänzender Bundeszuschuss“ durch „Ergänzende Bundeszuschüsse“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 52a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in der Überschrift „im Jahr 2021“ durch „in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat Abs. 4 eingefügt.

17.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1g lit. a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung“.

Artikel 2 Nr. 1g lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 5 in Abs. 6 unnummeriert und Abs. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 1 „des Bundeszuschusses“ durch „der Bundeszuschüsse nach Absatz 5 und“ ersetzt.

468 QUELLE

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) und Artikel 12 Abs. 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

§ 222⁴⁶⁹

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 67 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 221b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

(1) Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich jeweils in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge, die für Mitglieder nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben werden, sowie die Zahlungen für Zusatzbeiträge, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches gezahlt werden.

(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 in der am 1. Januar 2012 geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014. Das Ergebnis der Evaluierungen nach Satz 1 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach Absatz 1 Satz 2 mindern berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.“

469 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 135 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „der Vertreterversammlung“ durch „dem Verwaltungsrat“ ersetzt.

28.03.1998.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 222 Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen

(1) Decken bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben nicht, ist eine Erhöhung der Beiträge nur möglich, wenn ihr die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in dem Verwaltungsrat jeweils mehrheitlich zustimmen.

(2) Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, setzt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag des Vorstands die Beiträge so fest, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben der Krankenkasse decken, oder schließt die Krankenkasse. Für das Verfahren bei Schließung gelten die §§ 154, 155 und 164 entsprechend. Bei Innungskrankenkassen kann die Aufsichtsbehörde auch die Krankenkasse mit anderen Innungskrankenkassen vereinigen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 160 entsprechend.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 142 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 5 eingefügt.

27.10.2006.—Artikel 1 Nr. 15a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 6 eingefügt.

31.12.2008.—Artikel 8 Abs. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) In der Satzung der Krankenkasse sind die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart nach § 265a angewendet werden, gesondert auszuweisen.“

AUFHEBUNG

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 67a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 222 Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen

(1) Abweichend von § 220 Abs. 2 können Krankenkassen bis zum 31. Dezember 1998 Beitragserhöhungen in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet einschließlich des Landes Berlin dadurch vermeiden, daß sie zum Haushaltsausgleich Darlehen aufnehmen.

§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.⁴⁷⁰

§ 224 Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Elterngeld

(1) Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen. Für die Dauer des Bezugs von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld gilt § 240 Absatz 4 Satz 1 nicht.

(2) Durch die Beitragsfreiheit wird ein Anspruch auf Schadensersatz nicht ausgeschlossen oder gemindert.⁴⁷¹

(2) Die Darlehensaufnahme bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Krankenkasse nachweist, daß sie alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hat und nach Abstimmung mit ihrem Bundesverband nachprüfbar darlegt, wie die Gründe für die bisherige Verschuldung innerhalb von fünf Jahren beseitigt und die Darlehen innerhalb von längstens zehn Jahren zurückgezahlt werden. Die Aufsichtsbehörde hat die Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkasse, der eine Darlehensaufnahme genehmigt worden ist, mindestens in jährlichen Abständen zu prüfen.

(3) Die Darlehen sollen vorrangig bei Krankenkassen oder deren Verbänden aufgenommen werden; § 220 Abs. 3 findet insoweit keine Anwendung. Mittel der Krankenkassen und der Verbände dürfen nur insoweit zur Gewährung von Darlehen verwendet werden, als dies nicht Beitragserhöhungen zur Folge hat.

(4) Krankenkassen in dem in Absatz 1 genannten Gebiet, die abweichend von § 220 vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, haben der Aufsichtsbehörde unverzüglich nachprüfbar darzulegen, wie die Gründe für die bisherige Verschuldung innerhalb von fünf Jahren beseitigt und die Darlehen innerhalb von längstens zehn Jahren zurückgezahlt werden. Die Krankenkasse hat sich dabei mit ihrem Bundesverband abzustimmen. Das Konzept für die Beseitigung der Gründe der Verschuldung und für die Rückzahlung der Darlehen bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Wird das Konzept nicht genehmigt, sind die Darlehen unverzüglich zurückzuzahlen; § 220 Abs. 2 gilt; die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung. In den Fällen der Sätze 3 oder 4 hat die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung dieser Krankenkassen mindestens in jährlichen Abständen zu prüfen.

(5) Absatz 4 gilt für Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2003 abweichend von § 220 Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, mit der Maßgabe, dass die Verschuldung jeweils jährlich zu mindestens einem Viertel spätestens bis zum 31. Dezember 2007 abzubauen ist; Darlehensaufnahmen nach dem 31. Dezember 2003 sind nicht zulässig.“

470 ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 3 Satz 1 „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)“ durch „nach § 6 Abs. 7“ ersetzt.

471 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 13 lit. b des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 2 Abs. 19 Nr. 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in der Überschrift und in Abs. 1 Satz 1 jeweils „oder Elterngeld“ nach „Erziehungsgeld“ eingefügt.

§ 225 Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte oder hinterbliebener Ehegatte eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. Als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder
3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. § 226 Abs. 2 gilt entsprechend.⁴⁷²

Zweiter Titel Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Bei Auszubildenden, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, steht die Ausbildungsvergütung dem Arbeitsentgelt gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Überschreiten die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches abzuziehen; der

01.08.2013.—Artikel 2 Abs. 2 des Gesetzes vom 15. Februar 2013 (BGBl. I S. 254) hat in Abs. 1 Satz 1 „Erziehungsgeld oder Elterngeld“ durch „Elterngeld oder Betreuungsgeld“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 2b lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder Elterngeld“.

Artikel 2 Nr. 2b lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „oder Betreuungsgeld“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 2b lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

472 ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 68 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 1 Nr. 1 „oder hinterbliebener Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Nr. 2 in Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. als Waise eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente beantragt oder“.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 86 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Satz 1 Nr. 3 „Abs. 1 Nr. 11 oder 12“ durch „Absatz 1 Nummer 11 bis 12“ ersetzt.

abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5; bis zum 31. Dezember 2020 ist § 27 Absatz 1 des Vierten Buches nicht anzuwenden. Für die Beitragsbemessung nach dem Arbeitseinkommen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 gilt § 240 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4a entsprechend.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

(4) Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag des Übergangsbereichs (§ 20 Absatz 2 des Vierten Buches) mehr als geringfügig beschäftigt sind, bestimmt sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 20 Absatz 2a Satz 1 des Vierten Buches.

(5) Für Personen, für die § 7 Absatz 2 Anwendung findet, bestimmt sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 134 des Vierten Buches.⁴⁷³

473 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3443) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.04.2003.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat Abs. 4 eingefügt.

01.08.2004.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791) hat in Abs. 4 Satz 4 „1. Januar“ durch „1. März“ ersetzt und „(§ 245)“ am Ende gestrichen.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 4 Satz 4 „Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten“ durch „allgemeinen Rentenversicherung“ ersetzt.

01.07.2006.—Artikel 10 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 29. Juni 2006 (BGBl. I S. 1402) hat in Abs. 4 Satz 2 „25 vom Hundert“ durch „30 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: Für das Jahr 2003 betragen der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz 41,7 vom Hundert und der Faktor F 0,5995.“

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 4 Satz 6 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 153a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 4 „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. März des Vorjahres“ durch „allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

22.07.2009.—Artikel 3 des Gesetzes vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1939) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Abweichend von Absatz 1 Nr. 1 wird bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt (AE) innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches ein Betrag der Beitragsbemessung zugrunde gelegt, der sich nach folgender Formel ermittelt:

[Formel: BGBl. I 2002 S. 4626]

F ist der Faktor, der sich ergibt, wenn der Wert 30 vom Hundert durch den durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist, geteilt wird. Der Faktor ist auf vier Dezimalstellen zu runden. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz eines Kalenderjahres ergibt sich aus der Summe der zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung und des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Zeit vom 1. Juli 2006 bis zum 31. Dezember 2006 beträgt der Faktor F 0,7160. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz und der Faktor F sind vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember eines Jahres für das folgende Kalenderjahr im Bundesanzeiger bekannt zu geben. Satz 1 gilt nicht für Personen, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind.“

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) hat in Abs. 4 „oder § 276b“ nach „und 8“ eingefügt.

01.07.2019.—Artikel 6 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) hat in Abs. 4 „der Gleitzone“ durch „des Übergangsbereichs“ ersetzt und „Satz 1 bis 5 und 8 oder § 276b“ nach „Absatz 10“ gestrichen.

§ 227 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.⁴⁷⁴

§ 228 Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeiträge aus Beiträgen der Höherversicherung. Satz 1 gilt auch, wenn vergleichbare Renten aus dem Ausland bezogen werden. Tritt an die Stelle der Rente eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt wor-

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 53 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.10.2022.—Artikel 8 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat in Abs. 4 „Arbeitnehmerinnen und“ nach „Bei“ eingefügt und „gilt der Betrag der beitragspflichtigen Einnahme nach § 163 Absatz 10 des Sechsten Buches entsprechend“ durch „bestimmt sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 20 Absatz 2a Satz 1 des Vierten Buches“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

474 ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

§ 227 ist mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit danach einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen wird, ohne daß es bei der Berechnung sämtlicher Lohnersatzleistungen berücksichtigt wird. (Beschluß v. 11. Januar 1995 – 1 BvR 892/88 – BGBl. I S. 855)

AUFHEBUNG

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 227 Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt versicherungspflichtig Beschäftigter ist dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem es gezahlt wird, soweit die Absätze 2 und 4 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Beendigung oder bei Ruhen des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird, ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des laufenden Kalenderjahres zuzuordnen, auch wenn dieser nicht mit Arbeitsentgelt belegt ist.

(3) Das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt ist bei der Feststellung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts für versicherungspflichtig Beschäftigte zu berücksichtigen, soweit das bisher gezahlte beitragspflichtige Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht erreicht. Die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze ist der Teil der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraums entspricht, dem einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zuzuordnen ist; auszunehmen sind Zeiten, die nicht mit Beiträgen aus laufendem (nicht einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt belegt sind.

(4) In der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es vom Arbeitgeber dieses Entgeltabrechnungszeitraums gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 3 Satz 2 übersteigt. Satz 1 gilt nicht für nach dem 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Absatz 2 einem in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März liegenden Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen ist.“

QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 154 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

den, gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Rente, längstens jedoch für 120 Monate.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind.⁴⁷⁵

§ 229 Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
 - a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
 - b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch,
 - c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
 - d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

475 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 14 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 „ohne die darin enthaltenen Kinderzuschüsse“ durch „einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 24 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 „Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten“ durch „allgemeinen Rentenversicherung“ ersetzt.

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „aus der gesetzlichen Rentenversicherung“ durch „nach Absatz 1“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 87 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 12 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.⁴⁷⁶

§ 230 Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter

Erreicht das Arbeitsentgelt nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 231 Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 überschritten haben. Die Krankenkasse informiert das Mitglied, wenn es zu einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze gekommen ist.

(2) Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Mitglied auf Antrag die von ihm selbst getragenen Anteile an den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen. Wenn dem Mitglied auf Antrag von ihm getragene Beitragsanteile nach Satz 1 erstattet werden, werden dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile erstattet. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Weist ein Mitglied, dessen Beiträge nach § 240 Absatz 4a Satz 6 festgesetzt wurden, innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu zahlen waren, beitragspflichtige Einnahmen nach, die für den Kalendertag unterhalb des 30. Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze liegen, wird dem Mitglied der Anteil der gezahlten Beiträge erstattet, der die Beiträge übersteigt, die das Mitglied auf der Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 hätte zahlen müssen.⁴⁷⁷

476 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat in Abs. 1 Nr. 4 „laufende Geldleistungen“ durch „Renten“ und „eine Altershilfe für“ durch „die Alterssicherung der“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 3 „oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden“ nach „wiederkehrende Leistung“ eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes“ am Ende eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat“ am Ende eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 7 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b „der Beschädigtenversorgung“ durch „Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat Buchstabe b in Abs. 1 Nr. 1 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„b) unfallbedingte Leistungen, Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch und der Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz und die Ausgleichszahlung nach § 43 Absatz 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes.“

477 ÄNDERUNGEN

§ 232 Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter

(1) Für unständig Beschäftigte ist als beitragspflichtige Einnahmen ohne Rücksicht auf die Beschäftigungsdauer das innerhalb eines Kalendermonats erzielte Arbeitsentgelt bis zur Höhe von einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 zugrunde zu legen. Die §§ 226 und 228 bis 231 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten.

(2) Bestanden innerhalb eines Kalendermonats mehrere unständige Beschäftigungen und übersteigt das Arbeitsentgelt insgesamt die genannte monatliche Bemessungsgrenze nach Absatz 1, sind bei der Berechnung der Beiträge die einzelnen Arbeitsentgelte anteilmäßig nur zu berücksichtigen, soweit der Gesamtbetrag die monatliche Bemessungsgrenze nicht übersteigt. Auf Antrag des Mitglieds oder eines Arbeitgebers verteilt die Krankenkasse die Beiträge nach den anrechenbaren Arbeitsentgelten.

(3) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.⁴⁷⁸

§ 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,
2. bei Personen, die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, das 0,2155fache 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.

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 15 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung werden dem Mitglied durch die zuständige Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Der auf diese Beiträge entfallende Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, den das Mitglied zu seiner Rente erhalten hat, ist von dem Erstattungsbetrag abzuziehen. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen.“

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 1 „nach § 6 Abs. 7“ nach „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 11 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 1 Nr. 16a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 3 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

478 ÄNDERUNGEN

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat in Abs. 1 Satz 2 „bis 231“ durch „und 228 bis 231 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 65 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 1 Satz 1 „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)“ durch „nach § 6 Abs. 7“ ersetzt.

Bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilunterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Teilsatz nicht anzuwenden. Ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhezeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(2) Soweit Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld nach dem Dritten Buch gewährt wird, gelten als beitragspflichtige Einnahmen nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 80 vom Hundert des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 106 des Dritten Buches beim Kurzarbeitergeld oder nach § 82b des Dritten Buches beim Qualifizierungsgeld.

(3) § 226 gilt entsprechend.⁴⁷⁹

479 QUELLE

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) und Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „nicht geringfügigen“ nach „einem“ eingefügt.

01.01.2001.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1971) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Bei Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,

1. das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes zugrunde liegt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,
2. das der Bemessung der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegt, vervielfältigt mit dem Wert, der sich ergibt, wenn die zu zahlende Arbeitslosenhilfe durch die Arbeitslosenhilfe, die ohne Berücksichtigung von Einkommen zu zahlen wäre, geteilt wird, höchstens jedoch des Arbeitsentgelts, das sich bei entsprechender Anwendung von Nummer 1 ergibt,

soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt.“

01.01.2002.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3443) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,“ nach „Nr. 1,“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhezeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung“ eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4607) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

- „2. bei Personen, die Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch beziehen, 58 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, vervielfältigt mit dem Wert, der sich ergibt, wenn die zu zahlende Arbeitslosenhilfe durch die ohne Berücksichtigung von Einkommen zu zahlende Arbeitslosenhilfe geteilt wird, höchstens jedoch die sich bei entsprechender Anwendung von Nummer 1 ergebenden Einnahmen.“

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 1 Nr. 1 „nach § 6 Abs. 7“ nach „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in der Überschrift „Arbeitslosenhilfe,“ nach „Arbeitslosengeld,“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

- „2. bei Personen, die Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch beziehen, die durch sieben geteilte wöchentlich gezahlte Arbeitslosenhilfe.“

01.07.2006.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 29. Juni 2006 (BGBl. I S. 1402) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „0,3620fachen“ durch „0,3450fachen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 4 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in der Überschrift „Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld“ durch „oder Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „oder Winterausfallgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ gestrichen.

Artikel 4 Nr. 4 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben und Abs. 4 in Abs. 3 unnummeriert. Abs. 3 lautete:

„(3) Hat ein Bezieher von Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch gegen seinen Arbeitgeber für die Ausfallstunden Anspruch auf Arbeitsentgelt, das unter Anrechnung des Winterausfallgeldes zu zahlen ist, so bemißt sich der Beitrag abweichend von Absatz 2 nach dem Arbeitsentgelt unter Hinzurechnung des Winterausfallgeldes.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 155 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 4 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 29a0 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 3 „der Krankenkassen“ durch „des Gesundheitsfonds“ und „haben die Krankenkassen“ durch „hat der Gesundheitsfonds“ ersetzt sowie in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 4 „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt regeln“ durch „Das Bundesversicherungsamt regelt“ ersetzt und „und dessen Verteilung an die Krankenkassen“ am Ende gestrichen.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 16a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Sätze 2 bis 5 in Abs. 1 Nr. 2 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 5 lauteten: „Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wird jeweils bis zum 30. September, erstmals bis zum 30. September 2007, für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum vom 1. Juli 2005 bis zum 30. Juni 2006 überprüft. Unterschreiten die Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds aus der Erhöhung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (§ 249b) in dem in Satz 1 genannten Zeitraum den Betrag von 170 Millionen Euro im Vergleich zum Zeitraum 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006, hat der Gesundheitsfonds gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Das Bundesversicherungsamt regelt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Finanzen das Nähere über die Höhe des Ausgleichsanspruchs. Dabei ist die Veränderung der Anzahl der geringfügig Beschäftigten zu berücksichtigen.“

01.04.2012.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 2 „§ 179“ durch „§ 106“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße gilt.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichen Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.“

01.01.2017.—Artikel 2a Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1710) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „0,2060fache“ durch „0,2155fache“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 1a aufgehoben. Abs. 1a lautete:

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.⁴⁸⁰

§ 233 Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute

(1) Für Seeleute gilt als beitragspflichtige Einnahme der Betrag, der nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung für die Beitragsberechnung maßgebend ist.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.⁴⁸¹

§ 234 Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten

(1) Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder wird der Beitragsbemessung der dreihundertsechzigste Teil des voraussichtlichen Jahresarbeitsinkommens (§ 12 des Künstlersozialversicherungsgesetzes), mindestens jedoch der einhundertachtzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zugrunde gelegt. Für Kalendertage, für die Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht

„(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.“

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

01.04.2024.—Artikel 10 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld“.

Artikel 10 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ und „beim Kurzarbeitergeld oder nach § 82b des Dritten Buches beim Qualifizierungsgeld“ am Ende eingefügt.

480 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat die Vorschrift eingefügt.

481 ÄNDERUNGEN

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 14 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„(1) Für Seeleute gilt als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts der einzelnen Klassen der Schiffsbesatzung und Schiffsgattungen sowie der auf den Kalendertag entfallende Teil des Vorruhestandsgeldes. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen sich für Seeleute, die auf den Seeschiffen beköstigt werden, um ein Dreißigstel des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Durchschnittssatzes für Beköstigung.

(2) Ist für Seeleute ein monatlicher Durchschnittsverdienst nach § 842 der Reichsversicherungsordnung nicht festgesetzt, bestimmt die Satzung der See-Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen.

(3) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.“

oder für die Beiträge nach § 251 Abs. 1 zu zahlen sind, wird Arbeitseinkommen nicht zugrunde gelegt. Arbeitseinkommen sind auch die Vergütungen für die Verwertung und Nutzung urheberrechtlich geschützter Werke oder Leistungen.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.⁴⁸²

§ 235 Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt. Das Entgelt ist um dem Zahlungsbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. Bei Personen, die Teilübergangsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 2 nicht anzuwenden. Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld oder das Krankengeld der Sozialen Entschädigung angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vomhundertsatz zu erhöhen. Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 251 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach 80 vom Hundert des Regelentgelts zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgeldes, des Verletztengeldes, des Versorgungskrankengeldes oder des Krankengeldes der Sozialen Entschädigung zugrunde liegt. Absatz 1 Satz 4 gilt. Bei Personen, die Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 beziehen, gelten abweichend von Satz 1 als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

(3) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen ist als beitragspflichtige Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen.

(4) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 230 Satz 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.⁴⁸³

482 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 1 neu gefasst.

01.07.2001.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 13. Juni 2001 (BGBl. I S. 1027) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder für die Zeit, in der Erziehungsgeld nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens nicht bezogen wird,“ nach „Erziehungsgeld“ eingefügt und „ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ durch „monatlich 630 Deutsche Mark“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 6 des Gesetzes vom 13. Juni 2001 (BGBl. I S. 1027) hat in Abs. 1 Satz 2 „630 Deutsche Mark“ durch „325 Euro“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 2 Abs. 19 Nr. 7 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 1 Satz 2 „Elterngeld oder“ nach „von“ eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 13 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für die Dauer des Bezugs von Elterngeld oder Erziehungsgeld oder für die Zeit, in der Erziehungsgeld nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens nicht bezogen wird, wird auf Antrag des Mitglieds das in dieser Zeit voraussichtlich erzielte Arbeitseinkommen nach Satz 1 mit dem auf den Kalendertag entfallenden Teil zugrunde gelegt, wenn es im Durchschnitt monatlich 325 Euro übersteigt.“

483 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 16 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 Satz 1 „das Regelentgelt“ durch „80 vom Hundert des Regelentgelts“ ersetzt.

§ 236 Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrags sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen; als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend. Die nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.⁴⁸⁴

Artikel 4 Nr. 16 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „der Betrag“ durch „80 vom Hundert des Betrages“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „dem Regelentgelt“ durch „80 vom Hundert des Regelentgelts“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 1 Satz 4 „Kost und Wohnung“ durch „Verpflegung und Unterkunft“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 10 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Betrages, der als Wert für freie Verpflegung und Unterkunft durch Verordnung auf Grund § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Vierten Buches festgesetzt ist.“

01.01.1998.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 2 „den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um“ nach „um“ eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 88 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in der Überschrift „Behinderten“ durch „Menschen mit Behinderungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 88 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „gilt“ durch „gelten“ und „80 vom Hundert“ durch „80 Prozent“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 88 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 4 „oder das Versorgungskrankengeld“ durch „, das Versorgungskrankengeld oder das Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder des Versorgungskrankengeldes“ durch „, des Versorgungskrankengeldes oder des Krankengeldes der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Satz 4 „oder das Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ durch „, das Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder das Krankengeld der Soldatenentschädigung“ ersetzt.

Artikel 38 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder des Krankengeldes der Sozialen Entschädigung“ durch „, des Krankengeldes der Sozialen Entschädigung oder des Krankengeldes der Soldatenentschädigung“ ersetzt.

484 ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 2 „; als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März“ am Ende eingefügt.

§ 237 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei. Dies gilt entsprechend für die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. § 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.⁴⁸⁵

§ 238 Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Erreicht der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 238a Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen (§ 240 Abs. 1), bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.⁴⁸⁶

§ 239 Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

Bei Rentenantragstellern wird die Beitragsbemessung für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 240 gilt entsprechend.⁴⁸⁷

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(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). Stellt ein Mitglied innerhalb von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden und

485 ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Sätze 2 und 3 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 89 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Satz 3 „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für“ nach „für“ eingefügt.

486 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 136 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

487 ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 156 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 „die Satzung“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

die Krankenkasse ihm diese Festsetzung bekanntgegeben hat, einen Antrag auf Neufestsetzung der Beiträge, sind die Beiträge für die Zeiträume neu festzusetzen, für die das Mitglied Nachweise über die tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen übermittelt. Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die 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.

(2) Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig. Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 94 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro darf nicht berücksichtigt werden. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Die §§ 223 und § 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 und die §§ 238a, 247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuß des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. 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 Umerziehen 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.

(4a) Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheides endgültig festgesetzt. Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, werden die nach Satz 1 oder Satz 2 vorläufig festgesetzten Beiträge abweichend von Satz 3 unter Zugrundelegung beitragspflichtiger Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze endgültig festgesetzt. Eine Festsetzung nach Satz 4 unterbleibt für einen Zeitraum von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt, an dem das Mitglied gegenüber der Krankenkasse durch Vorlage einer Erklärung des Finanzamts oder auf andere Weise nachgewiesen hat, dass für das jeweilige Kalenderjahr noch kein Einkommensteuerbescheid bekanntgegeben worden ist. Ist eine Festsetzung nach Satz 4 vor Erbringung des Nachweises nach Satz 5 erfolgt, ist die Festsetzung zurückzunehmen. Stellt ein Mitglied innerhalb von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 4 festgesetzt wurden und die Krankenkasse ihm diese Festsetzung bekanntgegeben hat, einen Antrag auf Neufestsetzung der Beiträge, sind die Beiträge für das jeweilige Kalenderjahr neu festzusetzen, für das das Mitglied die tatsächlichen Einnahmen durch Vorlage eines Ein-

kommensteuerbescheides nachweist. Bis zur Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheides ist die Verjährung von Beitragsansprüchen gehemmt. Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1 und 3 bis 8 entsprechend. Die Sätze 1 bis 9 gelten nicht, wenn auf Grund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des 30. Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden.

(4b) Der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder sind 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigten Kind, für das keine Familienversicherung besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für jedes unterhaltsberechtigten Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Sechstel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen, wenn für das Kind keine Familienversicherung besteht; für jedes nach § 10 versicherte Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, ist ein Betrag in Höhe von einem Zehntel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für nach § 10 versicherungsberechtigte Kinder, für die eine Familienversicherung nicht begründet wurde, gelten die Abzugsbeträge für nach § 10 versicherte Kinder nach Satz 1 oder Satz 2 entsprechend. Wird für das unterhaltsberechtigten Kind des Ehegatten, das nicht zugleich ein Kind des Mitglieds ist, vom anderen Elternteil kein Unterhalt geleistet, gelten die Abzugsbeträge nach Satz 1; das freiwillige Mitglied hat in diesem Fall die Nichtzahlung von Unterhalt gegenüber der Krankenkasse glaubhaft zu machen. Der Abzug von Beträgen für nicht nach § 10 versicherte Kinder nach Satz 1 oder Satz 2 ist ausgeschlossen, wenn das Kind nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 versichert oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet, oder die Altersgrenze im Sinne des § 10 Absatz 2 überschritten hat.⁴⁸⁸

488 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 137 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 2 „ , § 238a“ nach „§ 229 Abs. 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 137 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 137 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die §§ 223 und 227, § 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2, § 238a und § 243 Abs. 2 gelten entsprechend.“

12.08.1998.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 6. August 1998 (BGBl. I S. 2005) hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 67 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 3a Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 67 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 67 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4a „beruflich bedingten Auslandsaufenthalts“ durch „Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist,“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 8 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 4a „ , seines Lebenspartners“ nach „Ehegatten“ eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat in Abs. 4 Satz 2 „ , für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421l des Dritten Buches haben, der sechzigste“ nach „vierzigste“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 144 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 144 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 3 „ , § 247 Abs. 1 und § 248“ nach „und 243 Abs. 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 144 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a aufgehoben. Abs. 3a lautete:

„(3a) Für Versicherte, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 anzuwenden war, gilt für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen § 248 Abs. 1. Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten der dort genannten Versicherten, wenn ihre Versicherung nach § 10 erlischt und sie der Versicherung beigetreten sind.“

Artikel 1 Nr. 144 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Für freiwillig versicherte Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind, gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend.“

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 11a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 4 Satz 2 „oder eine entsprechende Leistung nach § 16 des Zweiten Buches“ nach „Buches“ eingefügt.

01.08.2006.—Artikel 3a Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2006 (BGBl. I S. 1706) hat in Abs. 2 Satz 2 „darf“ durch „und der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 57 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro dürfen“ ersetzt.

Artikel 3a Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 des Dritten Buches oder einen“ nach „einen“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 157 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 157 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 6 „oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben“ nach „Berufsfachschule“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 157 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a neu gefasst. Abs. 4a lautete:

„(4a) Für freiwillige Mitglieder kann die Satzung der Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen abweichend von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 regeln, solange für sie und ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, das durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht; dabei dürfen 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht unterschritten werden.“

16.12.2008.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2403) hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 29a1 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „durch die Satzung“ durch „einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 29a1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Satzung der Krankenkasse muss mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds“ durch „Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 29a1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 29a1 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „§§ 238a und 243 Abs. 2,“ durch „§§ 238 und“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 29a1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Die Satzung der Krankenkasse“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 29a1 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen.“

Artikel 15 Nr. 10b lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 15 Nr. 10b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 2 Satz 5 „§§ 238a und § 247 Abs. 1 und § 248“ durch „§§ 238a, 247 und 248“ ersetzt.

28.12.2011.—Artikel 8 Nr. 3 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 4 Satz 2 „haben“ durch „erhalten“ und „§ 16“ durch „§ 16b“ ersetzt sowie „Anspruch auf“ vor „einen monatlichen Gründungszuschuss“ gestrichen.

01.04.2012.—Artikel 8 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 2 Satz 3 „§ 57“ durch „§ 94“ und „dürfen“ durch „darf“ ersetzt sowie „in Absatz 4 Satz 2 genannte Existenzgründungszuschuss und der“ nach „Der“ gestrichen.

Artikel 8 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 57“ durch „§ 93“ ersetzt und „oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 4211 des Dritten Buches“ nach „Dritten Buches“ gestrichen.

01.08.2014.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 2 „; 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)“ am Ende eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 16 lit. b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 2 Satz 5 „und 248“ durch „Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2“ ersetzt.

01.01.2018.—Artikel 1 Nr. 16b lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 4 geändert. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Für die Beurteilung der selbständigen Erwerbstätigkeit einer Tagespflegeperson gilt § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.“

Artikel 1 Nr. 16b lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 4a in Abs. 4b unnummeriert und Abs. 4a eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 1 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat die Sätze 2 bis 6 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 6 lauteten: „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 vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen. Für die Beurteilung der selbständigen Erwerbstätigkeit einer Tagespflegeperson gilt § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 89a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 4 „nach Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2“ vor „jeweils“ gestrichen.

01.08.2021.—Artikel 1 Nr. 55 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigten Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Absatz 3 nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.“

16.12.2023.—Artikel 8j Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen.“

Artikel 8j Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4a durch die Sätze 4 bis 8 ersetzt. Satz 4 lautete: „Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige

Dritter Titel
Beitragsätze, Zusatzbeitrag⁴⁸⁹

§ 241 Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.⁴⁹⁰

§ 241a⁴⁹¹

Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze.“

Artikel 8j Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 9 „Sätze 1, 3 und 4“ durch „Sätze 1 und 3 bis 8“ ersetzt.

Artikel 8j Nr. 2 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 10 „bis 5“ durch „bis 9“ ersetzt.

489 ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 158 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beitragsätze“.

490 ÄNDERUNGEN

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 159 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 bis 4 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 29a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 aufgehoben, Abs. 2 in Abs. 1 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgesetzt wird. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Dieser Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

(2) Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes sollen jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Der Beitragssatz ist jeweils auf eine Dezimalstelle aufzurunden. Wenn der Beitragssatz durch Rechtsverordnung zum Ersten eines Monats in Kraft treten soll, hat die Festlegung spätestens zum Ersten des vorvergangenen Monats zu erfolgen. Die Anpassung des Beitragssatzes erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates.

(3) Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag so rechtzeitig, dass diesem die Möglichkeit zur Befassung mit der beabsichtigten Festsetzung oder Anpassung gegeben wird.

(4) Die Frist nach Absatz 3 gilt als erfüllt, wenn zwischen der Unterrichtung und der Beschlussfassung über die Verordnung nach Absatz 2 mindestens drei Wochen liegen.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat „15,5 Prozent“ durch „14,6 Prozent“ ersetzt.

491 QUELLE

01.07.2005.—Artikel 1 Nr. 145 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und Artikel 1 Nr. 1 lit. c des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) haben die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 160 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 241a **Zusätzlicher Beitragssatz**

§ 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 Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz 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. Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das 0,5fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(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 Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes 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 Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6,
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 und Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch 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 Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

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

(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze 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 veröffent-

(1) Für Mitglieder gilt ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert; die übrigen Beitragssätze vermindern sich in demselben Umfang. Satz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

(2) Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen.“

licht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.⁴⁹²

492 ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 161 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 242 Erhöhter Beitragssatz

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu erhöhen.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Satz 1 „einkommensunabhängiger“ nach „ein“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Der Zusatzbeitrag ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 durch Abs. 4 bis 6 ersetzt. Abs. 4 lautete:

„(4) Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Absatz 1 wiedergegeben werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichts, ob Änderungen der Vorschrift vorgenommen werden sollen.“

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4b lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 4 Satz 1 „Nummer 13“ durch „Nummer 11 und 13“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „Nummer 6, 7 und 8“ durch „Nummer 5 bis 8“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 69a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 4 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 242 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 13 oder

freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a fristgemäß ausgeübt haben, wird der Differenzbetrag nicht erhoben; dies gilt nicht für Differenzbeträge, die vor dem 1. Januar 2012 erhoben wurden. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Differenzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Differenzbetrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Differenzbetrag im vollen Umfang erhoben.

(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben von

1. Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 bis 8 und Absatz 4a Satz 1,
2. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,
3. Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,
4. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungs-gesetzes fortbesteht, sowie
5. von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Bu-ches angewendet wird,

soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalen-dermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 20 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Kranken-kasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsver- einbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialaus- gleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß den Sätzen 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“

18.10.2018.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

07.11.2019.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, so- lange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse den nach § 260 Ab- satz 2 Satz 1 oder Satz 2 maßgeblichen Betrag überschreiten.“

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 „und Absatz 4a Satz 1“ am Ende gestrichen.

26.11.2020.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 1 Satz 4 „den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag“ durch „das 0,8-Fache des durch- schnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Satz 4 „0,8-Fache“ durch „0,5fache“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a aufgehoben. Abs. 1a lautete:

„(1a) Krankenkassen, deren Finanzreserven gemäß § 260 Absatz 2 Satz 1 nach ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2021 zum Ende des Jahres 2021 einen Betrag von 0,4 Monatsausgaben unterschreiten würden, wenn keine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes erfolgt, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz ab- weichend von Absatz 1 Satz 4 zum 1. Januar 2021 anheben; diese Zusatzbeitragssatzanhebung ist be- grenzt auf einen Zusatzbeitragssatz, der der Absicherung dieser Finanzreserven in Höhe von 0,4 Mo- natsausgaben am Ende des Jahres 2021 entspricht. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann einer Kran- kenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung für das Jahr 2021 über weniger als 50 000 Mit-

§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 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.⁴⁹³

§ 242b⁴⁹⁴

gliedert verfügt, auf Antrag eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar 2021 genehmigen, die über die nach Satz 1 zulässige Anhebung hinausgeht, soweit dies erforderlich ist, um den für diese Krankenkasse notwendigen Betrag an Finanzreserven zur Absicherung gegen unvorhersehbare Ausgabenrisiken nicht zu unterschreiten. Bei der Anhebung und der Genehmigung der Anhebung der Zusatzbeitragssätze nach den Sätzen 1 und 2 soll die Entwicklung der Ausgaben zugrunde gelegt werden, die der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für das Jahr 2021 erwartet. Die in den Haushaltsplänen der Krankenkassen für das Jahr 2021 vorzusehenden Beträge der Zuführungen nach § 170 Absatz 1 Satz 1 und zum Deckungskapital für Verpflichtungen nach § 12 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung sind 2021 auf die für das Haushaltsjahr notwendigen Beträge begrenzt.“

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 9 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „und Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „und Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ durch „, Krankengeld der Sozialen Entschädigung und Krankengeld der Soldatenentschädigung“ ersetzt.

493 QUELLE

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4c des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 1 „um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte“ nach „voraussichtliche“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 69b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.“

01.08.2014.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.“

494 QUELLE

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4d des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 6 „oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ nach „Buches“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 4d desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

01.04.2012.—Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 1 Satz 8 „§ 179“ durch „§ 106“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 69c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“

AUFHEBUNG

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 242b Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. § 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 106 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrags Absatz 5 entsprechend. Im Falle des Satzes 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe

§ 243 Ermäßigter Beitragssatz

be, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.

(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht, und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.

(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten, den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich. Bezieht ein Mitglied Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch oder endet der Bezug dieser Leistungen, teilt die Krankenkasse den Beitrag abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraumes mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet beziehungsweise von ihnen nachgefordert haben.“

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.⁴⁹⁵

§ 244 Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung das Bundesministerium für Frauen und Jugend.⁴⁹⁶

495 ÄNDERUNGEN

12.08.1998.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. August 1998 (BGBl. I S. 2005) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der auf Grund des ermäßigten Beitragssatzes zu zahlende Beitrag muß in vollem Umfang den Finanzierungsanteil an der Krankenversicherung der Rentner nach den §§ 270 und 272 sowie den Verwaltungskostenanteil enthalten.“

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 162 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 29b lit. a bis c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 und 2 durch Abs. 1 ersetzt und Abs. 3 und 4 in Abs. 2 und 3 unnummeriert. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Besteht kein Anspruch auf Krankengeld oder beschränkt die Krankenkasse auf Grund von Vorschriften dieses Buches für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang der Leistungen, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a. Beitragsabstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig.“

Artikel 2 Nr. 29b lit. d desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 „Abs. 3 und 4“ durch „Abs. 2 bis 4“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a.

(2) Die Bundesregierung legt den ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest. Bei der Berechnung ist der voraussichtliche Anteil der Ausgaben für Krankengeld an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde zu legen.

(3) § 241 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Satz 3 „14,9 Prozent“ durch „14,0 Prozent“ ersetzt.

01.01.2018.—Artikel 1 Nr. 16c des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Satz 2 „Absatz 4a“ durch „Absatz 4b“ ersetzt.

496 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 2 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes.⁴⁹⁷

§ 246 Beitragssatz für Beziehende von Bürgergeld

Für Personen, die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.⁴⁹⁸

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit“ durch „Frauen und Jugend“ ersetzt.

14.10.1997.—Artikel 39 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) hat in Abs. 2 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ und „dem Bundesminister“ jeweils durch „dem Bundesministerium“ sowie in Abs. 3 Satz 2 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ und „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

30.04.2005.—Artikel 20 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 1 „von länger als drei Tagen“ nach „Wehrdienst“ gestrichen.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

497 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.07.2005.—Artikel 1 Nr. 146 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , sowie der zusätzliche Beitragssatz“ am Ende eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 163 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar feststellt, sowie der zusätzliche Beitragssatz“ durch „allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 163 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt für Studenten vom Beginn des auf die Feststellung folgenden Wintersemesters, im übrigen jeweils vom 1. Oktober an.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 18 lit. b des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.“

498 AUFHEBUNG

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat die Vorschrift aufgehoben.

QUELLE

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954), Artikel 2 Nr. 2a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) und Artikel 4 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

§ 247 Beitragssatz aus der Rente

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. 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 2.⁴⁹⁹

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 164 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Oktober feststellt; vom 1. Oktober 2005 an wird er im Umfang des zusätzlichen Beitrags nach § 241a erhöht. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr.“

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II“.

Artikel 12 Abs. 9 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

499 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den der Bundesminister für Gesundheit jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3013) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der am 1. Januar geltende Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

Artikel 5 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1997 tritt an die Stelle des in Absatz 1 Satz 1 genannten Beitragssatzes der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar feststellt. Dieser Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.“

01.07.2005.—Artikel 1 Nr. 147 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ am Ende eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 165 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz. Beitragssatzveränderungen gelten jeweils vom ersten Tag des dritten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an. Der am 31. Dezember 2003 geltende allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse, der nicht zum 1. Januar 2004 verändert worden ist, gilt als Beitragssatzveränderung zum 1. Januar 2004. Der am 1. Januar 2003 geltende Beitragssatz gilt vom 1. Juli 2003 bis zum 31. März 2004. Bei der

§ 248 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

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.⁵⁰⁰

Anwendung des Satzes 2 zum 1. Juli 2005 gilt als Zeitpunkt der Beitragssatzveränderungen aufgrund von § 241a der 1. April 2005.

(2) Für das Verfahren zur Übermittlung der nach Absatz 1 maßgeblichen Beitragssätze gilt § 201 Abs. 6 entsprechend.“

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat Satz 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Satz 2 „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 3a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Satz 2 „und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ am Ende eingefügt.

500 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 138 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Absatz 1 gilt auch für freiwillige Mitglieder nach Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres, wenn sie zu diesem Zeitpunkt versichert sind und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der zuständigen Krankenkasse. Gehört die Krankenkasse einem Landesverband an, gilt als Beitragssatz die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen im Landesverband. Der jeweils zum 1. Juli festgestellte Beitragssatz gilt für das folgende Kalenderjahr. Den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen in einem Landesverband stellt die für den Landesverband zuständige Aufsichtsbehörde fest.

(2) (weggefallen)“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 148 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat „die Hälfte des jeweils am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes“ durch „der jeweils am 1. Juli geltende allgemeine Beitragssatz“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 eingefügt.

01.02.2004.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3013) hat Satz 3 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 1 „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ nach „Krankenkasse“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 desselben Gesetzes und Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791) hat in Satz 2 „1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr“ durch die Wörter „1. März geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791) hat in Satz 3 „und für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 30. Juni 2005 die Hälfte des am 1. September 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes“ am Ende eingefügt.

Vierter Titel Tragung der Beiträge

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

(1) Beschäftigte, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 13 versicherungspflichtig sind, und ihre Arbeitnehmer 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 oder Qualifizierungsgeld zu zahlen sind.

(3) Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten, deren beitragspflichtige Einnahme sich nach § 226 Absatz 4 bestimmt, vom Versicherten in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der allgemeine oder der ermäßigte Beitragssatz zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf die nach Maßgabe von § 20 Absatz 2a Satz 6 des Vierten Buches ermittelte beitragspflichtige Einnahme angewendet wird, im Übrigen vom Arbeitgeber getragen.

(4) Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge für Personen, für die § 7 Absatz 2 Anwendung findet, vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der allgemeine oder der ermäßigte Beitragssatz zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf das der Be-

01.04.2005.—Artikel 4 Nr. 13a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der jeweils am 1. Juli geltende allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz für das folgende Kalenderjahr. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des am 1. März geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. In den Fällen des Satzes 2 gilt für die Bemessung der Beiträge für die Zeit vom 1. April 2004 bis 31. Dezember 2004 die Hälfte des am 1. Januar 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes und für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 30. Juni 2005 die Hälfte des am 1. September 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 166 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 „nach § 247 Abs. 1 geltende allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse“ durch „allgemeine Beitragssatz“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 „nach Satz 1 maßgeblichen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse“ durch „des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „In den Fällen des Satzes 2 gilt für die Bemessung der Beiträge für die Zeit vom 1. April 2004 bis 31. Dezember 2004 die Hälfte des am 1. Januar 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes und für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 30. Juni 2005 die Hälfte des am 1. September 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes. Vom 1. April 2005 bis zum 30. Juni 2005 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der am 1. Juli 2004 geltende allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse des Versicherungspflichtigen zu Grunde zu legen ist.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Satz 2 „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 76 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des des allgemeinen Beitragssatzes.“