

27.10.10

Gesetzesantrag
der Freien und Hansestadt Hamburg

Entwurf eines Gesetzes zur Einbeziehung von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch und § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV-Einbeziehungsgesetz - GKV-EBG)**A. Problem und Ziel**

Deutschland hat ein Gesundheitssystem, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Dies gilt auch für die Empfänger von Leistungen des Achten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII und SGB XII) sowie nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).

Sofern diese Leistungsempfänger nicht über einen Versicherungsschutz verfügen bzw. versicherungspflichtig sind, wird ihre Krankenbehandlung von den Krankenkassen im Rahmen des § 264 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) übernommen. Hierbei werden diese Personen zwar nicht Mitglied einer Krankenkasse, leistungs- und verfahrensrechtlich aber den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Sozial- und Jugendhilfeträgern besteht ein Kostenerstattungsverfahren, so dass nicht Versicherungsbeiträge, sondern alle Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen erstattet werden.

Sozialpolitisch ist es sinnvoll, die Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, von Krankenhilfe nach dem SGB VIII und von Leistungen nach § 2 AsylbLG in die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht einzubeziehen, weil Krankheit kein atypisches, sondern ein allgemeines Lebensrisiko darstellt. Den Anspruch auf

Krankenhilfe als eigenen Krankenversicherungszweig neben der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) aufrecht zu erhalten, ist systemwidrig und widerspricht dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe. Darüber hinaus muss für diese Personengruppen eine größtmögliche Normalität mit so wenigen Besonderheiten wie nötig gelten.

In der Vergangenheit sind die Bestrebungen gescheitert, eine Einbeziehung der Leistungsempfänger nach dem SGB XII und nach § 2 AsylbLG in die GKV herbeizuführen. Im letzten Anlauf des Jahres 2006 waren im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) entsprechende Anträge Hamburgs und Berlins von der Mehrheit der Länder im Bundesratsverfahren abgelehnt worden.

Heute stellt sich die Ausgangslage für eine Gesetzesänderung jedoch anders dar. Durch die Einführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) sowie einer umfassenden Kranken- und Pflegeversicherungspflicht durch das GKV-WSG ist die Anzahl der von den Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen stark gesunken. Das System der Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V ist angesichts dieser veränderten Rahmenbedingungen ein Auslaufmodell.

Ein Nebeneinander verschiedener Gesundheitsversorgungssysteme ist in Anbetracht des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes und der Kosten für die öffentlichen Haushalte nicht mehr zu rechtfertigen. Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe müssen zur Betreuung von immer weniger Leistungsempfängern eine aufwändige und teure eigene Versorgungsstruktur mit entsprechendem Sachverstand vorhalten. Es besteht also Handlungsbedarf, sozialstaatliche Doppelstrukturen in den Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie den Kommunen und Ländern andererseits zu vermeiden.

B. Lösung

Mit dem Gesetz wird der betroffene Personenkreis in die Mitgliedschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen als konsequente Fortsetzung und sinnvoller Abschluss des mit dem GKV-Modernisierungsgesetzes begonnenen und durch das GKV-WSG fortgesetzten Wegs hin zu einer Einbeziehung aller Leistungsempfänger in die Versorgung durch eine Krankenkasse. Dieser letzte Schritt geht mit einer Effizienzsteigerung sowohl für die Krankenkassen als auch die Versicherten einher. Überflüssige Parallelstrukturen und Doppelprüfungen werden vermieden. Die Krankenkassen

übernehmen zukünftig die Personen als Mitglieder, für die sie bereits im Rahmen des bisherigen § 264 Absatz 2 SGB V die Krankenbehandlung übernommen hatten.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Im Bereich der Krankenversorgung führt der Gesetzesentwurf ab 2011 für die Länder und Gemeinden zu Minderausgaben in Höhe von ca. 500 Mio. Euro jährlich. Dieser Betrag ergibt sich aus der Differenz der derzeitigen Aufwendungen der Träger der Sozial- und Jugendhilfe für die neu in die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht zu übernehmenden Personen und den zukünftig zu zahlenden Versicherungsbeiträgen. Die Aufwendungen beliefen sich 2008 laut Statistischem Bundesamt auf ca. 755 Mio. Euro. Dem stehen zukünftige Aufwendungen für Versicherungsbeiträge in Höhe von ca. 253 Mio. Euro gegenüber. Zusatzbeiträge, die einzelne Krankenkassen erheben könnten, sind hierbei nicht berücksichtigt.

Zudem ergeben sich nicht bezifferbare Entlastungen aufgrund des Wegfalls von Verwaltungsstrukturen, die u.a. für die Bewilligung und Rechnungsprüfung der von den Krankenkassen abgerechneten Aufwendungen anfallen.

Im Bereich der Pflege ergeben sich aufgrund der erforderlichen Vorversicherungszeit für die Länder und Gemeinden bis zum Jahr 2012 zunächst zusätzliche Belastungen in Höhe von rund 38 Mio. Euro jährlich. Ab dem Jahr 2013 ist dann jedoch mit spürbaren Entlastungen in dreistelliger Millionenhöhe zu rechnen. Der genaue Betrag der Einsparungen kann derzeit nicht beziffert werden, da die Einsparvolumina nicht für alle Bundesländer bekannt sind.

Es ist nicht zu erwarten, dass die Minderausgaben der öffentlichen Haushalte in gleichem Maße bei den Krankenkassen zu Mehrausgaben führen werden.

Zum einen reduziert sich die Belastung durch die kontinuierlich sinkenden Fallzahlen, insbesondere bei den neu versicherungspflichtigen Leistungsempfängern nach dem SGB XII. Zum anderen ist zu erwarten, dass die aufnehmenden Krankenkassen für die neuen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2b

SGB V durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erhöhte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten werden.

Derzeit nicht abschätzbare finanzielle Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich im Übrigen durch die neu in die Versicherungspflicht aufgenommenen Leistungsempfänger nach dem SGB VIII und § 2 AsylbLG. Die Kosten für diese Menschen werden voraussichtlich deutlich unter den für sie gezahlten Beiträgen liegen.

In der Freien und Hansestadt Hamburg beispielsweise betragen die Kosten der Gesundheitsversorgung für die Leistungsempfänger nach § 2 AsylbLG monatlich ca. 150 Euro (Stand: 1. Halbjahr 2010). Für den Bereich der Krankenhilfeempfänger nach dem SGB VIII liegen sie bei ca. 100 Euro (Durchschnittswert der Jahre 2008/2009).

Weiterhin ist von einer Effizienzsteigerung bei der Prüfung der Abrechnungen und damit einer Kostendämpfung auszugehen, da die Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente zur Kostenminimierung für ihre Neumitglieder vollständig ausschöpfen werden.

Schließlich sind in den Aufwendungen der Träger der Sozial- und Jugendhilfe auch die bisher an die Krankenkassen gezahlten Verwaltungskosten in Höhe von 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen enthalten, die in dieser Höhe nicht bei den Krankenkassen anfallen werden. Das aufwändige Abrechnungsverfahren und die Sonderbehandlung der bisher nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen entfällt. Die vergleichsweise kleine Gruppe der Neuversicherten kann in das bestehende Versorgungssystem für die Mitglieder ohne großen Aufwand integriert werden. Dies gilt vor allem auch deshalb, weil die Neuversicherten zunächst Mitglied der Krankenkasse werden, die bisher ihre Krankenbehandlung über § 264 Absatz 2 SGB V sichergestellt hat.

E. Sonstige Kosten

Keine

F. Bürokratiekosten

Durch die Abschaffung der Parallelversorgungsstrukturen für die neu Pflichtversicherten ist mit dauerhaft geringeren Bürokratiekosten sowohl bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe als auch den Krankenkassen zu rechnen.

Allenfalls für die Umstellung zum 1. Januar 2011 könnte bei allen Beteiligten ein höherer Verwaltungsaufwand entstehen. Aufgrund des Verbleibs der bisher nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen in der jeweiligen Krankenkasse wird sich dieser jedoch sehr in Grenzen halten. Diese Bürokratiekosten sind nicht quantifizierbar.

Im Übrigen entstehen neue Meldepflichten für die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, damit die Krankenkassen die erforderlichen Daten ihrer neuen Pflichtversicherten erhalten. Der dafür erforderliche Bürokratieaufwand steht jedoch in keinem Verhältnis zu dem mit der Abschaffung der Parallelversorgungsstrukturen einhergehenden Bürokratieabbau.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Bürokratiekosten.

G. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Bundesrat

Drucksache **673/10**

27.10.10

Gesetzesantrag
der Freien und Hansestadt Hamburg

Entwurf eines Gesetzes zur Einbeziehung von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch und § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV-Einbeziehungsgesetz - GKV-EBG)

Erster Bürgermeister der
Freien und Hansestadt Hamburg

Hamburg, 26. Oktober 2010

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Bürgermeister
Jens Böhrnsen
Präsident des Senats der
Freien Hansestadt Bremen

Sehr geehrter Herr Präsident,

der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg hat beschlossen, dem Bundesrat den anliegenden

Entwurf eines Gesetzes zur Einbeziehung von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch und § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV-Einbeziehungsgesetz - GKV-EBG)

mit dem Antrag zuzuleiten, seine Einbringung beim Deutschen Bundestag gemäß Artikel 76 Absatz 1 Grundgesetz zu beschließen.

Ich bitte, die Vorlage gemäß § 36 Absatz 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates auf die Tagesordnung der 876. Sitzung des Bundesrates am 5. November 2011 zu setzen und anschließend den Ausschüssen zur Beratung zu überweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Christoph Ahlhaus

**Entwurf eines Gesetzes zur Einbeziehung von Empfängern von
Krankenhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, dem
Achten Buch Sozialgesetzbuch und § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes in
die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung
(GKV-Einbeziehungsgesetz – GKV-EBG)**

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Nummer 2a werden folgende Nummern 2b bis 2d eingefügt:

„2b Personen in der Zeit, für die sie Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2011 begonnen hat; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2c Personen in der Zeit, für die Förderung oder Hilfe nach § 13 Absatz 3, §§ 19, 21, 33 bis 35, § 35a Absatz 2 Nummer 3 oder 4 oder nach § 42 des Achten Buches geleistet wird,

2d Personen in der Zeit, für die sie Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes beziehen,“

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

„(5b) Nach Absatz 1 Nummern 2b bis 2d ist nicht versicherungspflichtig, wer freiwillig versichert oder familienversichert ist oder vor dem 1. Januar 2011 gesetzlich oder privat versicherungspflichtig geworden ist. Absatz 1 Nummer 2b gilt nicht für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen. Nach Absatz 1 Nummern 2c und 2d ist nicht versicherungspflichtig, wer anderweitig versicherungspflichtig ist. Erfüllen mehrere Familienangehörige die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummern 2b bis 2d gilt § 10.

c) Absatz 8a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Ansprüche nach dem Fünften Kapitel des Zwölften Buches stellen keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar.“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 5b Satz 2 gilt entsprechend.“

2. § 6 Absatz 3a Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b und 2d und 13 versicherungspflichtig sind.“

3. In § 9 Absatz 1 Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt und Nummer 8 aufgehoben.

4. Dem § 174 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, die zuletzt ihre Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung übernommen hat, andernfalls werden sie Mitglieder der von ihnen nach § 173 Absatz 1 gewählten Krankenkasse.“

5. In § 186 werden nach Absatz 2a folgende Absätze 2b und 2c eingefügt:

„(2b) Die Mitgliedschaft des nach § 5 Absatz 1 Nummer 2b versicherten Personenkreises beginnt am 1. Januar 2011.

(2c) Die Mitgliedschaft des nach § 5 Absatz 1 Nummern 2c und 2d versicherten Personenkreises beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird, frühestens jedoch am 1. Januar 2011.“

6. Nach § 189 wird folgender § 189a eingefügt:

„§ 189a
Mitgliedschaft von Leistungsbeziehern nach dem Achten Buch

Als Mitglieder gelten auch die in § 5 Absatz 1 Nummer 2c genannten Personen für den Zeitraum, in dem geklärt wird, ob eine anderweitige Versicherungspflicht, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung besteht.“

7. § 190 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 12 wird folgender neuer Absatz 13 eingefügt:

„(13) Die Mitgliedschaft des nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d versicherten Personenkreises endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.“

- b) Der bisherige Absatz 13 wird Absatz 14.
- c) Im neuen Absatz 14 wird Satz 2 aufgehoben.

8. Nach § 203a wird folgender § 203b eingefügt:

„ § 203b
Meldepflicht bei Leistungsbezug nach dem Achten Buch, dem Zwölften Buch und dem Asylbewerberleistungsgesetz

Der zuständige Träger erstattet die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c des Vierten Buches.“

9. Nach § 232a wird folgender § 232b eingefügt:

„ § 232b
Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Leistungen nach dem Zwölften Buch, dem Achten Buch und dem Asylbewerberleistungsgesetz

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d versichert sind, der dreißigste Teil des 0,5fachen der monatlichen Bezugsgröße.“

10. § 264 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„ Die Krankenkasse kann für Hilfeempfänger, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.“

- b) Die Absätze 2 bis 5 werden aufgehoben.
- c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 2.
- d) Im neuen Absatz 2 wird Satz 3 aufgehoben.
- e) Absatz 7 wird aufgehoben.

Artikel 2 **Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I S. 1696) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 40 wie folgt gefasst:
„ § 40 Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, Krankenhilfe.“

2. § 40 wird wie folgt gefasst:

„§ 40

Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, Krankenhilfe

(1) Wird Hilfe nach § 13 Absatz 3, § 19, § 21 Satz 2, §§ 33 bis 35, § 35a Absatz 2 Nummern 3 und 4 oder § 42 gewährt, so werden für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 2c und Nummer 13 des Fünften Buches sowie im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 6a und Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die Krankenversicherungsbeiträge übernommen. Die Übernahme umfasst auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches, die Beiträge zur Pflegeversicherung nach dem Elften Buch sowie Zuzahlungen und notwendige Eigenbeteiligungen.

(2) Für freiwillig Versicherte können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Besteht eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen, werden die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen sind. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Besteht kein in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches entsprechender privater oder gesetzlicher Versicherungsschutz, wird Krankenhilfe gewährt; für den Umfang der Hilfe gelten die §§ 47 bis 52 des Zwölften Buches entsprechend. Die Krankenhilfe muss den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen. Übernommen werden auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

3. In § 13 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „und Krankenhilfe nach Maßgabe des § 40 geleistet“ gestrichen.
4. In § 19 Absatz 3 werden die Wörter „sowie die Krankenhilfe nach Maßgabe des § 40“ gestrichen.
5. In § 21 Satz 2 werden die Wörter „sowie die Krankenhilfe“ gestrichen.
6. In § 42 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „und die Krankenhilfe“ gestrichen.
7. In § 91 Absatz 3 werden die Wörter „die Krankenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen nach § 40“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz werden nach Nummer 2a folgende Nummern 2b bis 2d eingefügt:

„2b Personen in der Zeit, für die sie Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2011 begonnen hat; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2c Personen in der Zeit, für die Förderung oder Hilfe nach § 13 Absatz 3, §§ 19, 21, 33 bis 35, § 35a Absatz 2 Nummer 3 oder 4 oder nach § 42 des Achten Buches geleistet wird, § 189a des Fünften Buches gilt entsprechend,

2d Personen in der Zeit, für die sie Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes beziehen“.
2. In § 21 Nummer 4 werden die Wörter „ der Krankenhilfe nach dem Achten Buch“ durch die Wörter „nach Maßgabe des § 40 Absatz 4 des Achten Buches“ ersetzt.
3. § 49 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die nach § 20 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d Versicherten gelten § 186 Absätze 2b und 2c sowie § 190 Absatz 13 des Fünften Buches entsprechend.“
 - b) In Absatz 2 wird die Angabe „§§ 189, 192“ durch die Angabe „§§ 189, 189a, 192“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 3 des Gesetzes vom 3. August 2010 (BGBl. I S. 1112) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 32 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 13“ durch die Angabe „§ 5 Absatzes 1 Nummern 2b und 13“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 8“ durch die Angabe „§ 9 Abs. 1 Nummern 2 bis 7“ ersetzt.
2. § 48 Satz 2 wird aufgehoben.
3. Dem § 52 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Sofern ein gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht, der in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches entspricht, besteht kein Anspruch auf Leistungen nach diesem Kapitel.“

Artikel 5

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 wird das Wort „oder“ durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 aufgehoben.
2. In Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „ und 4“ gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12 Absatz 1b Satz 1 Nummer 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 950) geändert worden ist, wird die Angabe „und 4“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; § 5 Absatz 5b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend,“
 - b) Absatz 6a Sätze 2 und 3 wird aufgehoben.
2. Nach § 3 Absatz 2 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a die in § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nummern 1 bis 5 erfüllen,“
3. In § 20 wird die Angabe „§ 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7“ durch die Angabe „§ 2 Absatz 1 Nummer 6, 6a und 7“ ersetzt.
4. In § 22 Absatz 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a für die in § 2 Absatz 1 Nummer 6a genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag, der sich aus entsprechender Anwendung von § 186 Absatz 2b oder 2c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt,“
5. § 24 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 9 werden die Wörter „ dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind “ gestrichen.
 - b) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10 Die Mitgliedschaft des nach § 2 Absatz 1 Nummer 6a versicherten Personenkreises endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.“
6. Nach § 30 wird folgender § 30a eingefügt:

„ § 30a
Meldepflicht bei Leistungsbezug nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch, dem
Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Für Pflichtversicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 6a gilt § 203b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“
7. Dem § 43 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Beitragsberechnung für Versicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 6a erfolgt nach § 232b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
8. § 51a wird aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes

Nach § 2 Absatz 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 2e des Gesetzes vom 24. September 2008 (BGBl. I S. 1856) geändert worden ist, wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 2d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge übernommen. Die Übernahme der Beiträge umfasst auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. § 32 Absatz 1 Satz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Artikel 9

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Begründung:

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Zur Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen

Deutschland hat ein Gesundheitssystem, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Dies gilt auch für die Empfänger von Leistungen des SGB XII und SGB VIII sowie nach § 2 des AsylbLG.

Sofern diese Leistungsempfänger nicht über einen Versicherungsschutz verfügen bzw. versicherungspflichtig sind, wird ihre Krankenbehandlung von den Krankenkassen im Rahmen des § 264 Absatz 2 SGB V übernommen. Hierbei werden diese Personen zwar nicht Mitglied einer Krankenkasse, leistungs- und verfahrensrechtlich aber den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Zwischen den Krankenkassen und den Sozial- und Jugendhilfeträgern besteht ein Kostenerstattungsverfahren, so dass nicht Versicherungsbeiträge, sondern alle Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen erstattet werden.

Sozialpolitisch ist es sinnvoll, die Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, von Krankenhilfe nach dem SGB VIII und von Leistungen nach § 2 AsylbLG in die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht einzubeziehen, weil Krankheit kein atypisches, sondern ein allgemeines Lebensrisiko darstellt. Den Anspruch auf Krankenhilfe als eigenen Krankenversicherungszweig neben der GKV und PKV aufrecht zu erhalten, ist systemwidrig und widerspricht dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe. Darüber hinaus muss für diese Personengruppen eine größtmögliche Normalität mit so wenigen Besonderheiten wie nötig gelten.

In der Vergangenheit sind die Bestrebungen gescheitert, eine Einbeziehung der Leistungsempfänger nach dem SGB XII und nach § 2 AsylbLG in die GKV herbeizuführen. Im letzten Anlauf des Jahres 2006 waren im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG entsprechende Anträge Hamburgs und Berlins von der Mehrheit der Länder im Bundesratsverfahren abgelehnt worden.

Heute stellt sich die Ausgangslage für eine Gesetzesänderung jedoch anders dar. Durch die Einführung des SGB II sowie einer umfassenden Kranken- und Pflegeversicherungspflicht durch das GKV-WSG ist die Anzahl der von den Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen stark gesunken. Das System der Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V ist angesichts dieser veränderten Rahmenbedingungen ein Auslaufmodell.

Ein Nebeneinander verschiedener Gesundheitsversorgungssysteme ist in Anbetracht des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes und der Kosten für die öffentlichen Haushalte nicht mehr zu rechtfertigen. Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe müssen zur Betreuung von immer weniger Leistungsempfängern eine aufwändige und teure eigene Versorgungsstruktur mit entsprechendem Sachverstand vorhalten. Es besteht also Handlungsbedarf, sozialstaatliche Doppelstrukturen in den Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie den Kommunen und Ländern andererseits zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund bedarf es in Fortsetzung des GKV-WSG weiterer Reformen unseres Gesundheitswesens zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung und zur Entbürokratisierung auf allen Ebenen.

2. Das GKV-WSG als Wegbereiter weiterer Reformen

Das GKV-WSG hat spürbare strukturelle Änderungen der Gesundheitsversorgung gebracht. Es hat dafür gesorgt, dass grundsätzlich alle Menschen in Deutschland über einen Krankenversicherungsschutz verfügen. Sichergestellt wird dies nicht zuletzt durch die Auffangtatbestände des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). In der Folge kommt es bereits jetzt grundsätzlich nicht mehr zu Neufällen des § 264 Absatz 2 SGB V, da die Leistungsempfänger - mit Ausnahme der nach § 2 AsylbLG - in der Regel über einen bestehenden Versicherungsschutz verfügen, für den der zuständige Träger die Beiträge übernimmt.

Das GKV-WSG hat damit einen wesentlichen Beitrag zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung dieser Menschen geleistet. Allerdings bestehen derzeit immer noch aufwändige Parallelversorgungsstrukturen für die nicht von der Versicherungspflicht erfassten Leistungsempfänger, die insbesondere vor dem Hintergrund der Notwendigkeit zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte nicht mehr zu rechtfertigen sind.

3. Ziel des Gesetzes

Mit dem GKV-EBG werden die Empfänger von Krankenhilfe nach dem SGB XII, dem SGB VIII und § 2 AsylbLG in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen. Damit werden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Optimierung der Gesundheitsversorgung und eine damit einhergehende Effizienzsteigerung für alle Beteiligten.
- Entbürokratisierung und Vergrößerung der Transparenz auf allen Ebenen durch den Abbau von Parallelstrukturen.
- Minderausgaben der öffentlichen Haushalte, insbesondere auch aufgrund des Wegfalls von Leistungsbewilligungen sowie Rechnungsprüfungen und -abrechnungen.

4. Gesundheitsversorgung aus einem Guss

Die Krankenkassen können die Gesundheitsversorgung der Leistungsempfänger wesentlich besser gewährleisten als die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, da dies ihre Kernaufgabe und im SGB V spezifisch geregelt ist. Vom Leistungskatalog über die Leistungserbringung und -abrechnung bis zum elektronischen Datenaustausch gibt es entsprechende Regelungen, die nur für die Krankenkassen, nicht aber die Träger der Sozial- und Jugendhilfe gelten. Nicht zuletzt deshalb wird die Krankenbehandlung der betroffenen Leistungsempfänger bereits jetzt über § 264 Absatz 2 SGB V von den Krankenkassen durchgeführt.

Wenn aber die Krankenkassen ohnehin die Gesundheitsversorgung dieser Menschen sicherstellen, ist eine Einbeziehung des betroffenen Personenkreises in die Mitgliedschaft der GKV die konsequente Fortsetzung und der sinnvolle Abschluss des mit dem GKV-Modernisierungsgesetzes begonnenen und durch das GKV-WSG fortgesetzten Wegs hin zu einer Einbeziehung aller Leistungsempfänger in die Versorgung durch eine Krankenkasse. Dieser letzte Schritt geht mit einer Effizienzsteigerung sowohl für die Krankenkassen als auch die Versicherten einher. Überflüssige Parallelstrukturen und Doppelprüfungen werden vermieden. Die Krankenkassen übernehmen zukünftig die Personen als Mitglieder, für die sie bereits im Rahmen des bisherigen § 264 Absatz 2 SGB V die Krankenbehandlung übernommen hatten.

5. Mehr Effizienz, mehr Transparenz und weniger Bürokratie

Aufgrund des derzeitigen Nebeneinanders von Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse einerseits und Leistungsbewilligung und -abrechnung durch die Träger der Sozial- und Jugendhilfe andererseits, werden sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe aufwändige personelle Prüf- und Abrechnungsstrukturen vorgehalten.

Die Krankenkasse prüft den Leistungsumfang und rechnet mit dem Träger der Sozialhilfe die Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen ab, während beim Träger der Sozialhilfe anschließend eine zumindest eingeschränkte weitere Rechnungsprüfung und -abrechnung erfolgt. Eine einheitliche Leistungsbewilligung und -abrechnung würde insoweit zur Entbürokratisierung und Vergrößerung der Transparenz für alle Beteiligten führen.

6. Minderausgaben bei den öffentlichen Haushalten

Eine Übernahme der Leistungsempfänger in die Mitgliedschaft der Krankenkassen führt zu Minderausgaben bei den Trägern der Sozialhilfe. Diese ergeben sich zum einen aus der Differenz der bisherigen Kosten für die Gesundheitsversorgung der Leistungsempfänger und den zu zukünftig zu zahlenden Versicherungsbeiträgen, zum anderen aus der Möglichkeit, eine Teil des bisher bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe für die Bewilligung und Rechnungsprüfung und -abrechnung eingesetzten Personals nebst Arbeitsplatzausstattungen für andere Aufgaben einzusetzen. Hinzu kommen eingesparte Kosten für die bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe eingesetzten Prüfverfahren, zum Beispiel spezieller Prüfsoftware. Schließlich entfällt auch die Zahlung der den Krankenkassen entstandenen Verwaltungskosten von bis zu 5% des abgerechneten Leistungsaufwendungen.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

1. Einbeziehung von Krankenhilfeempfängern in die GKV

Mit dem vorliegenden Gesetz wird eine Eingliederung der betroffenen Personen in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung durchgeführt. Wesentliche Schwerpunkte sind:

- Es werden grundsätzlich alle Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB XII, dem SGB VIII und § 2 AsylbLG in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen, soweit sie über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen.
- Die Übernahme der Personengruppen in die GKV erfolgt zu einer angemessenen Beitragshöhe.
- Die Gewährung von Krankenhilfeleistungen nach dem Fünften Kapitel SGB XII oder nach dem SGB VIII wird durch dieses Gesetz grundsätzlich ausgeschlossen.

2. Wegfall der Sonderregelungen für Bezieher von Krankenhilfe

Künftig sollen alle Personen, deren Krankenbehandlung bis zum 31. Dezember 2010 über den bisherigen § 264 Absatz 2 SGB V sichergestellt wurde, sowie die Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem Fünften Kapitel SGB XII oder dem SGB VIII Mitglieder der GKV werden. Sie werden zum 1. Januar 2011 Mitglied der Krankenkasse, die zuvor ihre Krankenbehandlung über § 264 Absatz 2 SGB V sichergestellt hat, und sind an diese Krankenkasse zunächst 18 Monate gebunden.

3. Angemessener Beitrag

Um einen sozialpolitisch angemessenen Versicherungsbeitrag zu gewährleisten, wird eine einheitliche Beitragsbemessungsgrundlage für die neuen Pflichtversicherten geschaffen. Wie bei den Empfängern von Arbeitslosengeld II (ALG II) orientiert sich die Beitragsbemessung grundsätzlich an einem Dreißigstel der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung. Der Faktor liegt jedoch deutlich über dem, der für die Beitragsbemessung der ALG II-Empfänger angewandt wird. Damit wird berücksichtigt, dass bei dem betroffenen Personenkreis der Leistungsempfänger nach dem SGB XII in der Regel keine Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 SGB II vorliegt und bei diesem Personenkreis vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen, Behinderungen und altersbedingte Morbidität vorliegen. Der Monatsbeitrag wird bei ca. 183 Euro im Monat liegen (Stand 2010).

Für die Leistungsempfänger nach § 2 AsylbLG und von Krankenhilfe nach dem SGB VIII wird der zu zahlende Beitrag höher sein als die durch diese Personenkreise voraussichtlich entstehenden Leistungsausgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung.

In der Freien und Hansestadt Hamburg beispielsweise betragen die Kosten der Gesundheitsversorgung für die Leistungsempfänger nach § 2 AsylbLG monatlich ca. 150 Euro (Stand: 1 Halbjahr 2010). Für den Bereich der Krankenhilfeempfänger nach dem SGB VIII liegen sie bei ca. 100 Euro (Durchschnittswert der Jahre 2008/2009).

Hinsichtlich der neuen Pflichtversicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 2b SGB V ist zu berücksichtigen, dass die Kranken- und Pflegekassen für sie deutlich höhere Beiträge erhalten werden als für die Leistungsempfänger des SGB XII, die als Folge des GKV-WSG bereits über einen Krankenversicherungsschutz nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V verfügen.

4. Gewährung von Leistungen der Krankenhilfe

Mit diesem Gesetz wird auch bezweckt, dass kein Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, SGB VIII oder nach § 2 AsylbLG ohne Krankenversicherungsschutz bleibt. In der Folge soll nicht nur die Versorgung nach § 264 Absatz 2 SGB V entfallen, sondern auch die Möglichkeit der Gewährung von Krankenhilfeleistungen nach dem Fünften Kapitel SGB XII oder nach dem SGB VIII.

Besteht ein in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V entsprechender Versicherungsschutz, ist keine Krankenhilfe nach dem SGB XII oder SGB VIII zu gewähren.

III. Gesetzeskompetenz / Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes sowohl für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung als auch der sozialen Pflegeversicherung stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.

B. Besonderer Teil**Zu Artikel 1** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 5)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung in Absatz 1 Nummer 2b begründet eine Versicherungspflicht für Personen, die Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII beziehen, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2011 begonnen hat. Hierdurch wird das Ziel umgesetzt, kostenintensive Parallelstrukturen für die Betreuung dieses Personenkreises abzubauen und die Gesundheitsversorgung zu vereinheitlichen, ohne dass sämtliche Leistungsempfänger nach dem SGB XII einbezogen werden. Die Regelung erfasst lediglich den Personenkreis, der zum Stichtag des Inkrafttretens der Neuregelung bereits laufende Sozialleistungen erhält und noch nicht anderweitig versichert oder versicherungspflichtig ist. Sofern bereits eine anderweitige Versicherungspflicht, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung oder private Krankenversicherung besteht, bleibt diese unberührt, weil dann Nummer 2b (siehe § 5 Absatz 5b) nicht einschlägig ist.

Mit der Befristung wird gleichzeitig bewirkt, dass ab dem 1. Januar 2011 alle Leistungsempfänger nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 13 oder nach § 193 Absatz 3 VVG erfasst werden.

Nach Nummer 2b zweiter Halbsatz bleibt die Versicherungspflicht unberührt, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist. Es wird an dem Grundsatz festgehalten, dass die Versicherungspflicht an den Bezug von Leistungen abstellt und nachträglich neue Bewertungen die Versicherungspflicht nicht berühren. Die Regelungen zum Kostenersatz nach dem Zehnten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.

Nummer 2c und d begründen eine Versicherungspflicht für Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII und § 2 AsylbLG, sofern sie nicht anderweitig versichert oder versicherungspflichtig sind. Hierdurch wird eine weitere Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung sicher gestellt, indem die bisherigen Krankenhilfeberechtigten nunmehr Pflichtmitglieder in der GKV werden.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift schließt die genannten Personengruppen von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d aus. Sie stellt sicher, dass eine vor dem 1. Januar 2011 eingetretene Versicherungspflicht, eine freiwillige Versicherung oder Familienversicherung der Versicherungspflicht nach den Nummern 2b bis d auch nach dem 1. Januar 2011 vorgeht.

Hierdurch wird erreicht, dass bestehende Krankenversicherungsverhältnisse unberührt bleiben und der in Nummern 2c und d privilegiert geregelte Ausnahmetatbestand nur für Personen wirkt, die bisher noch nicht Mitglied der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung waren. Für rund 115.100 (Stand: 1. Juli 2010) Personen, für die die Krankenbehandlung bisher nach § 264 Absatz 2 SGB V übernommen wurde, wird eine eigenständige Mitgliedschaft begründet. Hinzu kommen Schätzungsweise 24.300 Personen, die zukünftig nach § 10 SGB V familienversichert sein werden.

Liegt ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bis zum 31. Dezember 2010 nicht vor, dann gilt, dass Krankenhilfeempfänger nach dem SGB VIII und nach § 2 AsylbLG unter die Nummern 2c bzw. d fallen, soweit kein sonstiger Tatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummern 1 bis 12 erfüllt ist.

Leistungsempfänger nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII fallen unter den privilegierten Tatbestand nach Nummer 2b, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2011 begonnen hat. Beginnt der Leistungsbezug nach diesem Zeitpunkt, so fallen diese Personen - wie bereits nach geltendem Recht - unter Nummer 13, soweit kein sonstiger Tatbestand nach den Nummern 1-12 einschlägig ist, oder § 193 Absatz 3 VVG. Diese Versicherungspflicht gilt aufgrund des für die Krankenkassen geltenden Territorialitätsprinzips nicht für Empfänger von Sozialhilfe für Deutsche im Ausland.

Satz 4 dient der Klarstellung. Erfüllen mehrere Familienangehörige die Voraussetzungen von Absatz 1 Nummern 2b bis d, wird nur einer Mitglied der Krankenkasse. Die Übrigen Familienangehörigen sind über § 10 familienversichert. Wer Mitglied und wer Versicherter im Sinne des § 10 ist, wird im Zweifelsfall vom zuständigen Träger der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen festgelegt.

Zu Buchstabe c

Der bisherige Satz 2 ist durch die Aufhebung des § 264 Absätze 2 bis 5 und 7 der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung und die Einbeziehung der Betroffenen in die GKV obsolet geworden. Die Nachrangigkeit der Nummer 13 gegenüber den neuen Nummern 2b bis d ergibt sich aus Satz 1. Der neue Satz 2 dient der Klarstellung entsprechend der bestehenden Rechtslage. Der Verweis auf Absatz 5b Satz 2 stellt sicher, dass auch nach Nummer 13 eine Versicherungspflicht für Deutsche im Ausland nicht besteht.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Folgeänderung zu § 5 Absatz 1 Nummern 2b und d. Leistungsempfänger nach dem SGB XII und § 2 AsylbLG sind auch versicherungspflichtig, wenn sie zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht das 55. Lebensjahr vollendet haben.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Es handelt sich um eine Übergangsregelung, die durch Zeitablauf obsolet geworden ist.

Zu Nummer 4 (§ 174)

§ 174 hat zum Ziel, dass zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwands die nunmehr von § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d erfassten Personen zunächst bei der Krankenkasse verbleiben, die zuletzt die Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 übernommen hat. Die achtzehnmonatige Bindungsfrist von § 175 besteht insoweit auch für diese Personen.

Zu Nummer 5 (§ 186)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für den Personenkreis des § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d, die den Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht festlegt.

Zu Nummer 6 (§ 189a)

Es soll verhindert werden, dass Unsicherheiten über den Krankenversicherungsschutz der betroffenen Personengruppe entstehen. Erfasst werden Fälle, in denen beispielsweise ausländische Kinder oder Jugendliche unbegleitet nach Deutschland kommen. In dieser Konstellation erfolgt zunächst eine Klärung, ob sich Personensorge- oder Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten und gegebenenfalls eine Familienversicherung besteht. Auch erfasst sind Kinder, die in sogenannten Babyklappen abgegeben werden und deren Versichertenstatus zunächst ermittelt werden muss.

Zu Nummer 7 (§ 190)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für den Personenkreis des § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d, mit der der Zeitpunkt des Endes der Versicherungspflicht geregelt wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 5 Absatz 8a, der die Leistungsempfänger nicht mehr von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz Nummer 13 ausschließt, so dass sie nunmehr entweder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2b, nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder nach § 193 Absatz 3 VVG versicherungspflichtig sind.

Zu Nummer 8 (§ 203b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einbeziehung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, nach dem SGB VIII und nach § 2 AsylbLG in die Krankenversicherungspflicht. Die Versicherungspflicht tritt zwar kraft Gesetzes ein, da die Krankenkasse hiervon aber nicht automatisch Kenntnis erhält, sind entsprechende Meldepflichten zu regeln. Die Kostenträger müssen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen anzeigen, damit diese die Krankenversicherung durchführen kann.

Zu Nummer 9 (§ 232b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einbeziehung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, nach dem SGB VIII und nach § 2 AsylbLG in die GKV.

Für den nach den Nummern 2b bis 2d des § 5 Absatz 1 zu versichernden Personenkreis wird in § 232b eine einheitliche Beitragsbemessungsgrundlage festgelegt. Wie bei Empfängern von ALG II orientiert sich die Beitragsbemessung grundsätzlich an einem Dreißigstel der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung. Der Bezug auf die monatliche Bezugsgröße stellt eine regelmäßige, jährliche Aktualisierung der beitragspflichtigen Einnahme sicher.

Der Faktor von 0,5 liegt deutlich über dem Faktor von 0,345, der für die Beitragsbemessung der Empfänger von ALG II nach § 232a Abs. 1 Nummer 2 angewandt wird. Der höhere Faktor berücksichtigt, dass bei dem betroffenen Personenkreis der Leistungsempfänger nach dem SGB XII in der Regel keine Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 SGB II möglich ist und bei diesem Personenkreis vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen, Behinderungen und altersbedingte Morbidität vorliegen.

Die Anwendung desselben Faktors auf Empfänger von Leistungen nach dem SGB VIII und Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG ergibt sich daraus, dass der ganz überwiegende Teil der durch § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d erfassten Personen bis auf wenige Ausnahmen vormals nach § 264 Absatz 2 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen betreut wurde, so dass auf diesen Personenkreis künftig ein einheitliches und noch einfacheres Verfahren angewandt werden kann.

Analog zu den Empfängern von ALG II und zu den Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Absatz. 1 Nummer 13 ist der ermäßigte Beitragssatz in der GKV nach § 243 zur Berechnung der Höhe des Beitrags anzuwenden. Auch bei den Personenkreisen nach § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis 2d können schon dem Grunde nach keine Ansprüche auf Krankengeld entstehen und spezielle Regelungen für diesen Personenkreis sollen nicht getroffen werden.

Zu Nummer 10 (§ 264)

Zu Buchstabe a

Die Streichung der Arbeits- und Erwerbslosen aus § 264 Absatz 1 dient der Anpassung an die bestehende Gesetzeslage. Der genannte Personenkreis ist spätestens seit der Einführung des GKV-WSG pflichtversichert nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder § 193 Absatz 3 VVG.

Zu den Buchstaben b bis e

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einbeziehung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel SGB XII, für Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach SGB VIII und nach § 2 AsylbLG in die Krankenversicherungspflicht. Das Modell der Betreuung nach § 264 Absatz 2 ist dann durch die erweiterte Versicherungspflicht für diesen Personenkreis entbehrlich.

Zu Artikel 2 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 40)

Krankenhilfeempfänger nach §§ 13 Absatz 3, 19, 21, 33 bis 35, nach § 35a Absatz 2 Nummer 3 oder 4 oder nach § 42 werden nach § 5 Absatz 1 Nummer 2c SGB V in die GKV einbezogen. Dies erfordert eine erweiterte Vorschrift für die Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Träger der Jugendhilfe. Dazu wird § 40 -in Anlehnung an § 32 SGB XII - neu gefasst.

Im Absatz 1 wird die Beitragsübernahme für Pflichtversicherte geregelt. Danach sind die Beiträge der in Absatz 1 genannten Personen zu übernehmen. Die Übernahme eines Zusatzbeitrags für Mitglieder einer Krankenkasse nach § 242 SGB V wird ebenfalls geregelt. Ferner sind entsprechend der bisherigen Regelung Zuzahlungen und notwendige Eigenbeteiligungen zu übernehmen.

Für freiwillig Versicherte können Beiträge übernommen werden. Erfolgt keine Beitragsübernahme, ist gegebenenfalls Krankenhilfe zu leisten. Durch den Verweis auf Absatz 1 Satz 2 wird sichergestellt, dass auch der Beitrag zur Pflegeversicherung, der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V sowie Zuzahlungen und notwendige Eigenbeteiligungen übernommen werden.

Für privat Versicherte werden nur angemessene Aufwendungen übernommen. Maßstab soll - wie auch für die Übernahme der Beiträge nach § 32 SGB XII - ein Vergleich mit den Leistungen und Beiträgen der GKV sein. Demnach sind Aufwendungen für solche Versicherungstarife angemessen, für die in etwa Beiträge zu zahlen sind, wie sie auch in der GKV zu entrichten wären, und die nicht hinter dem Leistungsumfang zurückbleiben, den auch die GKV abdeckt.

Durch die Einbeziehung der in § 5 Absatz 1 Nummer 2c genannten Personengruppe in die GKV ist das Instrument der Gewährung von Krankenhilfe weitgehend obsolet geworden. Krankenhilfeleistungen entsprechend §§ 47 bis 52 SGB XII wird nur für Personen gewährt, deren Beiträge nach Absatz 2 nicht übernommen werden.

Zu den Nummern 2 bis 6 (§§ 13, 19, 21, 42 und 91)

Folgeänderungen zu der Änderung des § 40.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 20)

Entsprechend dem Grundsatz Pflege- folgt Krankenversicherung werden auch in der sozialen Pflegeversicherung neue Versicherungstatbestände eingeführt. Dadurch wird sichergestellt, dass die in § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d genannten Personengruppen auch in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Folgeänderung zur Einführung des § 40 SGB VIII.

Zu Nummer 3 (§ 49)

Die Regelung verweist für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft auf die neu eingefügten Regelungen im SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Folgereregulungen zur Einführung von § 5 Absatz 1 Nummer 2b SGB V. Für die Pflichtversicherten werden bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 32 ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge übernommen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Übergangsregelung, die durch Zeitablauf obsolet geworden ist.

Zu Nummer 2 (§ 48)

Folgereregulierung zur Aufhebung des § 264 Absatz 2 bis 5 und 7 in der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung.

Zu Nummer 3 (§ 52)

Soweit ein Krankenversicherungsschutz besteht, der in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V entspricht, werden zusätzlich keine Krankenhilfeleistungen erbracht. Diese Klarstellung ist erforderlich, weil in der Vergangenheit zum Teil trotz bestehendem Krankenversicherungsschutz die Kosten für Leistungen übernommen wurden, die nicht von der GKV übernommen worden wären, zum Beispiel für empfängnisverhütende Mittel im Rahmen der Hilfe zur Familienplanung.

Zu Artikel 5 (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Einbeziehung von Leistungsempfängern nach dem SGB XII in die Versicherungspflicht. Die genannte Personengruppe ist aufgrund der Einführung von § 5 Absatz 1 Nummer 2b des SGB V bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und fällt insoweit unter Absatz 3 Satz 2 Nummer 1.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Regelung in Buchstabe a.

Zu Artikel 6 (Änderung des Gesetzes über die Beaufsichtigung von Versicherungsunternehmen)

Es handelt sich um eine notwendige redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 VVG.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die Maßnahmen dieses Gesetzes für die GKV werden grundsätzlich wirkungsgleich auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung übertragen.

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Im Zuge der Einbeziehung der in § 5 Absatz 1 Nummern 2b bis d genannten Personen in die gesetzliche Versicherungspflicht nach dem SGB V wird eine parallele Regelung für diesen Personenkreis in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung geschaffen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen zu den Änderungen in Artikel 1 Nummer 1 (§ 5)

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Vorschrift enthält für die in § 2 Absatz 1 Nummer 6a genannten Personen die notwendigen Konkurrenzregelungen zur Versicherungspflicht nach dem SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Auf die in § 2 Absatz 1 Nummer 6a genannten Personen findet § 20 Anwendung.

Zu Nummer 4 (§ 22)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einbeziehung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, für Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII und nach § 2 AsylbLG in die Krankenversicherungspflicht.

Zu Nummer 5 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 Nummer 6a).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 Nummer 6a).

Zu Nummer 6 (§ 30a)

Folgeänderung zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 Nummer 6a).

Zu Nummer 7 (§ 43)

Die Regelung zur Beitragsbemessung für die betroffenen Personengruppen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2b bis d des SGB V wird auf die entsprechenden Personengruppen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung übertragen.

Zu Nummer 8 (§ 51a)

Folgeänderung zur Aufhebung der Absätze 2 bis 5 und 7 des § 264 SGB V.

Zu Artikel 8 (Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes)

Folgerregelung zur Einführung von § 5 Absatz 1 Nummer 2d Fünftes Buch.

Da Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG nunmehr gesetzlich pflichtversichert sind, werden auch deren Beiträge in entsprechender Anwendung von § 32 des SGB XII vom zuständigen Träger übernommen.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung sowie für Bund, Länder und Gemeinden verbunden.

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Die Neuregelung führt auf Grundlage der einheitlichen Beitragsbemessungsregelung in § 232b SGB V dazu, dass den gesetzlichen Krankenkassen ab 2011 Einnahmen in Höhe von ca. 253 Mio. Euro jährlich von den Sozial- und Jugendhilfeträgern zufließen werden (ohne mögliche Zusatzbeiträge). Dies ergibt sich daraus, dass von rund 139.400 Personen (Stand: 1. Juli 2010), deren Krankenbehandlung bisher im Auftrag der Träger der Sozial- oder Jugendhilfe von den Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 SGB V übernommen wurde, ab dem 1. Januar 2011 rund 115.100 Pflichtmitglieder und rund 24.300 Familienversicherte werden. Für die neuen Pflichtversicherten werden zukünftig ca. 183 Euro im Monat (Stand 2010) für Krankenversicherungsbeiträge zu bezahlen sein.

Diesen Beitragseinnahmen stehen ab dem Jahr 2011 höhere Leistungsausgaben gegenüber. Die Aufwendungen der Träger der Sozial- und Jugendhilfe für die neu Pflichtversicherten beliefen sich laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2008 auf ca. 755 Mio. Euro.

Allerdings ist nicht zu erwarten, dass diese Ausgaben in gleichem Maße auch auf die Krankenkassen zukommen werden. Zum einen reduziert sich die Belastung durch die kontinuierlich sinkenden Fallzahlen, insbesondere bei den neu versicherungspflichtigen Leistungsempfängern nach dem SGB XII. Zum anderen ist zu erwarten, dass die aufnehmenden Krankenkassen für die neuen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2b durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erhöhte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten werden.

Derzeit nicht abschätzbare finanzielle Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich im Übrigen durch die neu in die Versicherungspflicht aufgenommenen Leistungsempfänger nach dem SGB VIII und § 2 AsylbLG. Die Kosten für diese Menschen werden voraussichtlich deutlich unter den für sie gezahlten Beiträgen liegen.

In der Freien und Hansestadt Hamburg beispielsweise betragen die Kosten der Gesundheitsversorgung für die Leistungsempfänger nach § 2 AsylbLG monatlich ca. 150 Euro (Stand: 1. Halbjahr 2010). Für den Bereich der Krankenhilfeempfänger nach dem SGB VIII liegen sie bei ca. 100 Euro (Durchschnittswert der Jahre 2008/2009).

Weiterhin ist von einer Effizienzsteigerung bei der Prüfung der Abrechnungen und damit einer Kostendämpfung auszugehen, da die Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente zur Kostenminimierung für ihre Neumitglieder vollständig ausschöpfen werden.

Schließlich sind in den Aufwendungen der Träger der Sozial- und Jugendhilfe auch die bisher an die Krankenkassen gezahlten Verwaltungskosten in Höhe von 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen enthalten, die in dieser Höhe nicht bei den Krankenkassen anfallen werden. Das aufwändige Abrechnungsverfahren und die Sonderbehandlung der bisher nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen entfällt. Die vergleichsweise kleine Gruppe der Neuversicherten kann in das bestehende Versorgungssystem für die Mitglieder ohne großen Aufwand integriert werden. Dies gilt vor allem auch deshalb, weil die Neuversicherten zunächst Mitglied der Krankenkasse werden, die bisher ihre Krankenbehandlung über § 264 Absatz 2 SGB V sichergestellt hat.

Die Verwaltungskosten belaufen sich bei Aufwendungen der Träger der Sozial- und Jugendhilfe in Höhe von ca. 755 Mio. Euro im Jahr 2008 auf rund 38 Mio. Euro.

Strukturelle Maßnahmen

Über die finanziellen Auswirkungen hinaus bewirkt das Gesetz auch strukturelle Verbesserungen für die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung.

Hierzu zählen insbesondere:

- Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch Einbindung in das bestehende professionelle Versorgungssystem der Krankenkassen.
- Bürokratieabbau und Kostenreduzierung durch den Abbau aufwändiger Doppelstrukturen für die Krankenversorgung in den Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie den Kommunen und Ländern andererseits.

2. Soziale Pflegeversicherung

Die analoge Anwendung der einheitlichen Beitragsbemessungsregelung der GKV auf die soziale Pflegeversicherung führt dazu, dass den sozialen Pflegekassen ab 2011 Einnahmen in Höhe von rund 38 Mio. Euro jährlich von den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe zufließen werden.

Aufgrund der zweijährigen Vorversicherungszeit nach § 33 Absatz 2 SGB XI sind Leistungen an den neu versicherten Personenkreis jedoch frühestens ab dem Jahre 2013 zu erwarten.

Aus diesem Grund ergeben sich in der sozialen Pflegeversicherung für die Jahre 2011 und 2012 zunächst Mehreinnahmen von rund 76 Mio. Euro, ohne dass es zu höheren Leistungsausgaben kommt.

Die neu in die Versicherungspflicht aufgenommenen Leistungsempfänger nach dem SGB VIII und § 2 AsylbLG entlasten die sozialen Pflegekassen, da die Kosten für diese Menschen voraussichtlich deutlich unter den für sie gezahlten Beiträgen liegen werden. Somit wird den ab 2013 zu erwartenden Mehrausgaben für die Gruppe der SGB XII-Leistungsempfänger entgegengewirkt.

3. Bund, Länder und Gemeinden

Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Für den Bund entstehen aus den Maßnahmen dieses Gesetzes allenfalls sehr geringe zusätzliche Belastungen nach § 37 KVLG. Die genaue Höhe der Belastung ist nicht einschätzbar.

Finanzielle Auswirkungen für Länder und Gemeinden

Finanzielle Entlastungen ergeben sich für die Länder und Gemeinden dadurch, dass die Aufwendungen, die bisher für die Krankenbehandlung der Leistungsempfänger entstanden sind, einschließlich der Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen zukünftig nicht mehr anfallen. Stattdessen haben die Träger der Sozial- und Jugendhilfe die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen. Dies wird bei den Ausgaben für die SGB XII-Leistungsempfänger zu einer spürbaren Entlastung, bei den Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII und nach § 2 AsylbLG zu einer Mehrbelastung führen.

Insgesamt ist im Bereich der Krankenversorgung mit einer Entlastung der Länder und Gemeinden von ca. 500 Mio. Euro jährlich zu rechnen. Zudem ergeben sich nicht bezifferbare Entlastungen aufgrund des Wegfalls von Verwaltungsstrukturen, die u.a. für die Bewilligung und Rechnungsprüfung der von den Krankenkassen abgerechneten

Aufwendungen anfallen. Hinzu kommen Minderausgaben für die bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe eingesetzten Prüfverfahren, zum Beispiel spezieller Prüfsoftware.

Im Bereich der Pflegeversicherung ergeben sich aufgrund der erforderlichen Vorversicherungszeit für die Länder und Gemeinden bis zum Jahr 2012 zusätzliche Belastungen in Höhe von rund 38 Mio. Euro jährlich. Diese entfallen ab dem Jahr 2013 und es ist ab dann mit spürbaren mit Entlastungen in dreistelliger Millionenhöhe zu rechnen.

Eine genaue Bezifferung der Entlastung ist nicht möglich, da die Einsparvolumina nicht für alle Bundesländer bekannt sind. Eine Länderumfrage, deren Auswertung die Ergebnisse von elf Bundesländern umfasst und deren Fallzahlen rund Zweidrittel der gesamten in Frage kommenden Personen repräsentiert, kommt auf ein Einsparvolumen von rund 137 Mio. Euro jährlich.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

E. Bürokratiekosten

Durch die Abschaffung der Parallelversorgungsstrukturen für die neu Pflichtversicherten ist mit dauerhaft geringeren Bürokratiekosten sowohl bei den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe als auch den Krankenkassen zu rechnen.

Allenfalls für die Umstellung zum 1. Januar 2011 könnte bei allen Beteiligten ein höherer Verwaltungsaufwand entstehen. Aufgrund des Verbleibs der bisher nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Personen in der jeweiligen Krankenkasse wird sich dieser jedoch sehr in Grenzen halten. Diese Bürokratiekosten sind nicht quantifizierbar.

Im Übrigen entstehen neue Meldepflichten für die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, damit die Krankenkassen die notwendigen Daten ihrer neuen Pflichtversicherten erhalten. Der dafür erforderliche Bürokratieaufwand steht jedoch in keinem Verhältnis zu dem mit der Abschaffung der Parallelversorgungsstrukturen einhergehenden Bürokratieabbau.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Bürokratiekosten.

F. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

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

G. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.